Rok LII. Kraków, dnia 22 listopada 1913 Nr 47.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

## CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

### Doświadczenia nad rozmieszczeniem tlenku węgla u zaczadzonych *).

podał

**Prof. Wachholz.**

W r. 1902 podałem wspólnie z Lembergerem (1) wyniki doświadczeń naszych nad pośmiertnem przenikaniem tlenku węgla (CO) przez powłoki skórne zwłok, mieszczących się w atmosferze tlenkowęglowej. Doświadczenia te wynikły z przypadku, tyczącego się noworodka, którego zwłoki znaleziono w kominie w stanie zupełnego strupieszenia. Wynik tych naszych doświadczeń, streszczający się w tem, że tlenek węgla (CO) w istocie bardzo szybko przenika powłoki skórne zwłok, potwierdzili na podstawie kontrolnych doświadczeń Mirto (2), De Dominicis (3), Strassmann i Schulz (4), wreszcie Stoll (5). W r. b. ogłosił Harbitz (6) odnośne spostrzeżenia, przyczem atoli pomija milczeniem podstawową w tej sprawie pracę moją i Lembergera, przypisując poruszenie zagadnienia powyższego Strassmannowi i Schulzowi. Ponieważ praca moja była ogłoszona także po niemiecku w niemieckim kwartalniku sądowo-lekarskim, a następnie z dalszem piśmiennictwem, jakie wywołała, w opracowanym przezemnie rozdziale o otruciach w dziele Schmidtmanna (7), przeto pominięcie mnie i Lembergera przez Harbitza musi tem bardziej uderzać, że paryski profesor medycyny sądowej Thoinot (8) w świeżo wydanym przez się podręczniku nazwisko moje i Lembergera umieszcza zgodnie z prawdą na czele odnośnego rozdziału. Pierwszym warunkiem naukowej pracy jest znajomość odnośnego piśmiennictwa i rzetelność w jego reprodukcyi. Temu warunkowi nie uczynił zadość Harbitz.

Stwierdzenie przezemnie i Lembergera faktu, że CO przenika pośmiertnie powłoki zwłok ludzkich, wydało nam się dlatego ważne, że obecność CO we krwi zwłok spalonych, zdaniem Hofmanna, miała dowodzić zawsze, że dana osoba uległa najpierw zaczadzeniu, a potem dopiero niszczącemu działaniu płomienia. Otóż naszem zdaniem należało powyższe twierdzenie ograniczyć na te przypadki, w których w zwłokach zwęglonych udałoby się stwierdzić obecność CO w krwi zatok żylnych nienaruszonej czaszki. Wychodziliśmy bowiem z założenia, że pośmiertne przeniknięcie CO przez ścianę kostną czaszki mogłoby się dokonać z trudnością i dopiero po dłuższym czasie. Tymczasem Strassmann i Schulz przekonali się, że o ile CO przenika pośmiertnie nader szybko nienaruszone powłoki skórne, to o tyle wolniejszą jest jego dyfuzya w głąb ciała, a zwłaszcza w ilości dostatecznej do wykrycia zapomocą prób widmowej i chemicznych. Dlatego też zalecili badać w odnośnych przypadkach krew z nienaruszonych naczyń głębi ustroju. Stoll, potwierdzając wyniki doświadczeń Strassmanna i Schulza, orzeka, że choć CO w istocie wnika pośmiertnie do ciała, tak, że jakościowo nie ma różnicy, czy człowiek za życia, czy też po śmierci znajdował się w atmosferze CO, to przecież zachodzi w tym względzie wybitna ilościowa różnica. Gdy obecność CO we krwi głębszych narządów człowieka, który za życia znalazł się w atmosferze CO, jest tak znaczna, że może być łatwo wykryta widmowo lub tak zwanemi chemicznemi próbami, to we krwi głębszych narządów zwłok, w które pośmiertnie wniknął CO, nie daje się on z powodu małych ilości wykryć temi próbami. Tak więc, zdaniem Stolla, dodatni wynik tych prób we krwi, wziętej z głębszych narządów zwłok, dowodzi, że CO dostał się do niej za życia.

Twierdzenie moje i Lembergera, że ażeby uniknąć odnośnej pomyłki w stwierdzeniu zatrucia tlenkiem węgla w zwłokach, które jako takie były narażone na pośmiertne wniknięcie tlenku węgla, należy poddać badaniu krew z zatok żylnych czaszki, skłoniła mnie w b. r. do zbadania ilości CO we krwi różnych narządów wewnętrznych zwłok osób, zmarłych notorycznie wskutek zaczadzenia. Wyników badań moich, z których na tem miejscu zdaję sprawę, nie uważam jeszcze za zamknięte, gdyż badania te przeprowadziłem tylko na 4 przypadkach, jakie od chwili powzięcia moich dochodzeń miałem sposobność sekcyonować.

Przypadki, w których dokonałem badania, były następujące:

Przypadek 1. i 2. Dnia 11. lutego 1913 o 9 zrana opuściła W. swe mieszkanie, zostawiając w niem bez nadzoru swe dzieci, Aleksandra lat 3 i Janinę lat $1^1/_2$ liczących. W czasie nieobecności matki dzieci wznieciły pożar,

*) Wedle wykładu na posiedzeniu niemieckiego Tow. sądowo-lekarskiego w Wiedniu we wrześniu 1913.

poczem ukryły się w kołysce. Wobec tego, że dym począł się z mieszkania dobywać, wyłamano o godzinie $10^1/_2$ drzwi, wyniesiono dzieci z nietkniętej przez ogień kołyski, udzielono im energicznej pomocy lekarskiej, niestety bezskutecznej. Sekcyi dokonałem wspólnie z Prof. Horoszkiewiczem nazajutrz, t. j. w 24 godzin po zgonie. Obraz sekcyjny u obu dzieci był pod względem zmian zaczadzenia jednaki i typowy. Z żył naciętych wylewała się obficie żywo karminowoczerwona krew. Otwory nosowe, krtań i tchawica, toż samo żołądek zawierały obfite złogi czarnej sadzy, której nie znaleziono jednak już w grubszych oskrzelach. Pod opłucnemi nieliczne drobne, żywoczerwone wybroczynki między płatami i u podstawy płuc. Ponadto w zwłokach chłopca, prawdopodobnego sprawcy pożaru, zmiany oparzelinowe drugiego stopnia na wewnętrznej i tylnej powierzchni obu goleni.

Przypadek 3. Antoni P., lat 30, robotnik cegielni, uległ dnia 4. marca 1913 z czterema kolegami w nocy wskutek napalenia w piecu bez komina zaczadzeniu. Dnia 5. marca przywieziono go do szpitala w Krakowie, gdzie mimo zastosowania upustu krwi (venaesectio), wdychania tlenu, hypodermokliz zmarł dnia 7. marca o 3. godz. popołudniu. Sekcya, dokonana dnia 10. marca, wykazała ogniskowe włóknikowe zapalenie obu płuc w okresie szarego zwątrobienia. Krew płynna w zatokach żylnych i w żyle udowej, oraz wszystkie wewnętrzne narządy, jakoteż plamy pośmiertne były w zwykły sposób t. j. ciemno zabarwione. W sercu mieściły się częścią ciemne, częścią bezbarwne, wiotkie skrzepy krwi.

Przypadek 4. Marya C., służąca, lat 24, pozostawiwszy list z doniesieniem, że popełnia samobójstwo, zamknęła się w łazience dnia 6. kwietnia 1913 i odkręciła kurek od gazu. W godzinę potem znaleziono ją nieżywą. Sekcya, wykonana (Dr Olbrycht) nazajutrz, dała zwykły obraz zaczadzenia, atoli żywoczerwone zabarwienie płynnej wszędzie krwi było słabiej zaznaczone, niż w dwóch pierwszych przypadkach.

We wszystkich tych 4 przypadkach zebrano zapomocą pipet krew płynną z zatok żylnych, żył udowych, z serca (z wyjątkiem przypadku 3. i 4) do flaszeczek, które szczelnie zakorkowano i zamaską zalano. Każdą z tych próbek krwi poddano z osobna próbom widmowej i tanninowej w modyfikacyi Wachholz-Sieradzki, a nadto niektóre z nich próbie ilościowej sposobem Fodor-Gaglio (9). Przeciwko próbie Fodor-Gaglio podniesiono swego czasu zarzut nadmiernej czułości. Zarzut ten należy chyba poczytać tylko za jej zaletę, a niebezpieczeństwo ze strony jej wielkiej czułości może wyniknąć tylko wtedy, jeśli się jej nie przeprowadza umiejętnie. Ażeby wszelkim nieporozumieniom zapobiedz naprzód, zaznaczam, że próbę tę wykonywałem zawsze w ten sposób, iż strumień powietrza, który miał z badanej krwi wypędzać możliwie zawarty w niej CO, wpierw przepływał przez płuczkę, zawierającą wodny rozczyn $0{\cdot}5\%$ obojętnego chlorku palladowego. Ponieważ w płuczce tej strumień powietrza pracowni nie zostawiał żadnego śladu metalicznego osadu, przeto zachodził bezwzględny dowód, że powietrze to, przepływające następnie przez krew badaną, nie zawierało śladu CO, dającego się stwierdzić. Tu zauważyć muszę, że także Ledent [10]) niedawno posługiwał się tą próbą w celu określenia czasu trwania wydzielania się CO z ustroju, i to z doskonałym wynikiem.

Osad metaliczny, otrzymany w rozczynie chlorku palladowego, przez który przepływał przez ciąg godziny strumień powietrza, przeprowadzonego przez badaną krew, zbierałem na sączku hartowanym, przemywałem go wodą przekroploną i wodą zakwaszoną HCl tak długo, aż przesącz przestawał się zabarwiać po dodaniu doń jodku potasowego, następnie po wysuszeniu go, rozpuszczałem go w wodzie królewskiej, odparowywałem na łaźni wodnej, pozostały suchy osad rozpuszczałem w wodzie przekroplonej i miareczkowałem go na gorąco rozczynem jodku potasowego wedle przepisu Fodora 1·486 gr. na litr wody przekroplonej. Z ilości zużytego rozczynu jodku potasowego obliczałem odpowiednią ilość CO wedle obliczenia Fodora, wedle którego 1 $cm^3$ tego rozczynu jodku potasu odpowiada 0·1 $cm^3$ CO.

Wyniki badań moich krwi z wymienionych poprzednio 4 przypadków były następujące:

Przypadek 1. (Aleksander W.). W krwi wszystkich 4 próbek (zatoki żylne, serce, żyła wrotna, żyła udowa) wybitne widmo tlenkowęglowej hemoglobiny. Próba tanninowa Wachholz-Sieradzki dała najsilniej czerwony osad z krwią z żyły udowej, potem kolejno mniej silnie czerwony z krwią serca, żyły wrotnej, najsłabiej czerwony i znacznie się w tej mierze od poprzednich różniący z krwią zatok żylnych. Próbie Fodor-Gaglio poddano krew z żyły udowej i z zatok żylnych. W obliczeniu na 100 $cm^3$ zawierała krew z żyły udowej 4·8 $cm^3$ CO, zaś krew z zatok żylnych 2·08 $cm^3$ CO.

Przypadek 2. (Janina W.). We krwi wszystkich 4 próbek wyraźne widmo tlenkowęglowej hemoglobiny. Próba tanninowa W.-S. dała tensam prawie wynik, jak w przypadku pierwszym z tą tylko zmianą, że osady z próbką krwi z serca i z żyły wrotnej były jednako zabarwione, a różnica w nasileniu czerwonego zabarwienia między osadami tych krwi a osadem krwi z zatok żylnych była mniejsza, choć widoczna, niż między osadem z krwi z żyły udowej, a osadami z krwi z serca i z żyły wrotnej. Najsłabiej czerwonym był zatem znowu osad z krwi z zatok żylnych. Próby Fodor-Gaglio nie wykonałem z powodu zbyt małej ilości krwi.

Przypadek 3. (Antoni P.). Próby widmowa i tanninowa W.-S. dały wynik ujemny. Próbą Fodor-Gaglio stwierdziłem w krwi z żyły udowej w obliczeniu na 100 $cm^4$ krwi 0·4 $cm^3$ CO, zaś we krwi z zatok żylnych czaszki ślad nie dający się ilościowo oznaczyć.

Przypadek 4. (Marya C.). Próba widmowa w krwi z serca, żyły udowej i z zatok żylnych dodatnia, również proba tanninowa W.-S. Próba Fodor-Gaglio w obliczeniu na 100 $cm^3$ krwi z serca 0·9 $cm^3$ CO, w krwi z żyły udowej 0·55 $cm^3$ CO, we krwi z zatok żylnych 0·4 $cm^3$ CO.

Z powyższych badań wynika przedewszystkiem to, że CO we krwi zwłok osób zmarłych wskutek zatrucia nim nie jest pod względem ilościowym równomiernie rozmieszczony. W dwóch pierwszych przypadkach zawierała krew żyły udowej największą jego ilość, w 4. zaś przypadku krew z obu połów serca wykazywała największą jego ilość. Natomiast we wszystkich 5 przypadkach była krew zatok żylnych czaszkowych najuboższą w CO. Ponieważ w przypadkach ostrego śmiertelnego zatrucia tlenkiem węgla musi być krew lewej połowy serca najwięcej w CO zaopatrzona, przeto należało się spodziewać, że we krwi serca stwierdzi się w moich przypadkach największą ilość CO. I w istocie otrzymałem wynik taki przy badaniu krwi wziętej z obu połów serca w przypadku czwartym. Okoliczność, że w 1. i 2. przypadku najwięcej CO i to w sposób dość uderzający zawierała krew z żył udowych, daje się łatwo wytłómaczyć. W przypadkach tych były ofiarami zaczadzenia małe dzieci, które, ubrane tylko w koszulę, spoczywały

conajmniej godzinę w atmosferze tlenku węgla. Ponieważ pośmiertna dyfuzya CO odbywa się, jak to z doświadczeń moich i Lembergera, oraz Stolla wynika, najprędzej i najpierwej do krwi naczyń podskórnych i wogóle powierzchownych, przeto największa ilość znalezionego CO we krwi żył udowych w dwóch pierwszych przypadkach tłómaczy się tem, że część ze znalezionego w niej CO pochodzić musiała z pośmiertnej jego dyfuzyi, nie ulega bowiem wątpliwości, że dzieci te po śmierci jeszcze spoczywały przez pewien czas w atmosferze CO.

W przypadku 4. uderza stosunkowo mała ilość CO we krwi wogóle, stwierdzona już wynikiem próby tanninowej (modo Wachholz-Sieradzki), przy której uzyskany osad był mniej czerwony, niż zwykle. Wiadomo z doświadczeń C. Balogha, Gamgeego i Fodora [11], że ilość CO zawartego we krwi człowieka nim otrutego pozostaje w prostym stosunku do odporności ustroju na CO, tem samem do długości czasu, upływającego w ciągu trwania zatrucia do chwili śmierci. Tak więc mała stosunkowo ilość CO we krwi Maryi C. z przypadku czwartego dowodzi, że śmierć jej nastąpiła względnie szybko, w każdym razie szybciej, niż zwykle w przypadkach zaczadzenia. Ta szybkość śmierci Maryi C. tłómaczy się zgodnie z dotychczasowem doświadczeniem [12] tem, że zatruła się ona nie czadem, lecz gazem świetlnym, którego toksyczne działanie podwyższają, jak to słusznie zauważa Kratter [13], inne jego gazowe przymieszki, n. p. kwas pruski, stwierdzony przezemnie w krakowskim gazie świetlnym. Ze w tym przypadku krew z żyły udowej zawierała mniej CO, niż krew serca, wyjaśniłem już częściowo poprzednio. Atoli muszę jeszcze wyjaśnienie to uzupełnić. Pośmiertna dyfuzya CO do krwi naczyń powierzchownych, a więc i do krwi żył udowych nie mogła była w tym przypadku równie łatwo i szybko nastąpić, jak w dwóch pierwszych, ile że w tym przypadku ofiarą była dorosła osoba, której zwłoki zupełnie ubrane, a więc nie obnażone, spoczywały w atmosferze gazu świetlnego krócej, niż zwłoki dzieci z dwóch pierwszych przypadków.

Przypadek trzeci jest o tyle ważny, że wykazano w nim, lecz już tylko zapomocą próby Fodor-Gaglio, obecność we krwi CO, mimo, iż denat żył jeszcze po zatruciu przeszło dwie doby i był energicznie ratowany. Przypadek ten stwierdza ponownie, że u ludzi, którzy zatruciu CO ulegli, mimo oddychania czystem powietrzem CO długo we krwi ustroju w nieznacznych ilościach zalega. Być może, że w danym przypadku rozsiane w obu płucach ogniskowe zapalenie płuc, upośledzając wydatność oddechową denata, opóźniło zupełne wydalenie CO z krwi.

Uderzającą we wszystkich przypadkach, w których przeprowadziłem moje badania, była różnica w ilości CO we krwi zatok żylnych a we krwi reszty narządów. We wszystkich przypadkach była ilość znalezionego CO we krwi zatok żylnych o przeszło 50% mniejszą, niż we krwi żyły udowej względnie serca. Wytłómaczenie tego zjawiska w sposób stanowczy jest niemożliwe. Natomiast możliwą do przyjęcia wydaje mi się następująca hypoteza, jaka mi się nasuwa.

Wedle odnośnych badań F. Wachholza [14], następnie De Saint-Martina [15], a wbrew twierdzeniom Gréhanta [16] i Haldane [17], nie wszystek CO wydziela się u otrutych nim drogą wydechu, lecz część jego znika w ustroju, zmieniając się możliwie w $CO_2$. Ponadto wiadomo [18], że CO jest trucizną, działającą nietylko na samą krew, lecz równorzędnie także na układ nerwowy, czem się tłómaczą liczne już spostrzeżenia zmian w mózgu osób, zmarłych w pewien czas po doznaniu zatrucia tlenkiem węgla. Spostrzeżeń tych, dokonanych na ludziach, nie mogą obalić wyniki doświadczeń, jakie przeprowadzili na zwierzętach Claude i Lhermitte [18], wedle których doświadczalnie wywołane ostre i przewlekłe zatrucia tlenkowęglowe nie wywołują żadnych zmian w układzie nerwowym. Zwierzęta zdają się być w tym względzie więcej odporne na CO od ludzi, jak również i szybkość wydalania CO z krwi ustroju zwierząt zdaje się być większą, niż u ludzi.

Biorąc tedy na uwagę powyżej wspomniane fakty, że nie wszystek CO wydziela się z ustroju drogą oddychania i że CO działa swoiście trująco na układ nerwowy, w szczególności na mózg, sądzę, że dwa te fakty pozostają w związku z wynikami moich badań, wedle których ilość CO we krwi zatok żylnych mózgowych jest o wiele mniejszą, niż we krwi reszty narządów osób zmarłych wskutek zatrucia CO. Być może, że tkanka mózgowa chłonie CO w wyższym stopniu, niż inne tkanki i wskutek tego podlega wtórorzędnym zmianom.

Opierając się na razie na wynikach badań moich, przeprowadzonych na 4. przypadkach, mogę streścić je w sposób następujący:

1) Ilość CO we krwi zaczadzonych jest nierównomiernie rozmieszczona. Najwięcej CO jest we krwi lewej połowy serca, względnie we krwi naczyń obwodowych żylnych (żył udowych), w tych ostatnich wtedy, gdy zwłoki zaczadzonego leżały przez pewien czas w atmosferze CO i były korzystne warunki dla dyfuzyi (zwłoki nagie, zwłoki dzieci).

2) Najmniej CO mieści się we krwi zatok żylnych mózgowych, być może wskutek tego, że tkanka mózgowa za życia jeszcze wiąże względnie chłonie CO w wyższym stopniu, niż inne tkanki, wskutek czego ulega następowym zmianom patologicznym w razie przeżycia zatrucia ostrego.

3) W przypadkach ostrego zatrucia gazem świetlnym ilość znajdującego się we krwi zmarłego tlenku węgla jest mniejsza, niż w przypadkach ostrego zaczadzenia, z czego wynika, że śmierć przy zatruciu gazem świetlnym następuje szybciej, niż przy zaczadzeniu, a to wskutek trującego współdziałania innych gazowych składników gazu świetlnego.

4) Tlenek węgla daje się jeszcze po kilku dobach przeżycia ostrego zatrucia tlenkiem węgla wykazać we krwi ludzi, lecz przedewszystkiem zapomocą najczulszej próby palladowej (Fodor-Gaglio).

**Piśmiennictwo.** 1) Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla. »Nowiny lekarskie« 1902. Z. 3. i Experimentelles zur Lehre von der Kohlenoxydvergiftung. »Vierteljschr. f. ger. Med. 1902. T. 23. — 2) Atti della R. Accademia delle scienze mediche. Palermo 1902. Sull' importanza della diffusione dell' ossido di carbone nei tessuti del cadavere per la diagnosi di avvelenamento reale od apparente. — 4) Giornale di medicina legale. 1913. str. 180. — 4) Untersuchungen zur Kohlenoxydvergiftung. »Berl. klin. Wochenschr.« 1904, Nr 48. Autorzy piszą: »Der Verdienst, die Frage des Eindringens von Kohlenoxyd in Leichen durch unversehrte Hautdecken in Fluss gebracht zu haben, gebührt Wachholz u. Lemberger«. — 5) Untersuchungen über postmortales Eindringen von Kohlenoxyd in den Körper. »Vierteljschr. f. ger. Med.« 1909. T. 38. Autor pisze: »Veranlasst waren ihre Untersuchungen (Strassmanna

i Schulza) durch Arbeiten von Wachholz u. Lemberger« itd. — 6) Eigentümliche Funde bei Verbrennungen. »Vierteljschr. f. ger. Med.« 1913, t. 45. — 7) Handbuch d. gerichtl. Medicin. Berlin 1905. T. I. str. 878. — 8) Précis de médecine légale. Paris 1913. T. II. str. 528. Autor pisze: »Cette penetration itd. est bien exposée dans l'article publié par Wachholz« itd. »Lacassagne a de son coté, fort bien resumé la question; nous lui empruntons les lignes suivantes: »Wachholz et Lemberger (1902) ont placé des cadavres« itd. — 9) Das Kohlenoxyd in seinen Beziehungen zur Gesundheit. »Deutsche Vierteljschr. für Gesundheitspflege, 1881. T. 12, str. 377 i Dragendorff: Die gerichtlich-chemische Ermittelung von Giften. Göttingen 1895. — 10) Durée de l'élimination de l'oxyde de carbone chez un animal partiellement intoxique. »Arch. internat. de méd. lég.« 1913. — 11) Patrz pod 9). — 12) Deichstetter we »Friedreichs Blätter f. ger. Med.« 1896, str. 33 i Vahlen w »Arch. für experim. Path. u. Pharm.« T. 49. — 13) Lehrbuch d. gerichtlichen Medicin. Stuttgart. 1912, str. 459. — 14) Virchows Jahresber. 1899 I. str. 175. — 15) Thoinot l. c. Str. 517 i 518. — 16) Patrz pod 15). — 17) Virch. Jahresber. 1900, I. str. 394. — 18) Refer. w »Archiv. internat. de méd. lég.« 1913. Vol. III. Fasc. III.

## Wegetaryanizm i jego zastosowanie w lecznictwie.

Podał

**Dr Zygmunt Wachtel**

asystent kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

Wegetaryzm, według innych wegetaryanizm, jestto wyraz, którego etymologia jest dość ciemna. Wegetaryanie twierdzą, że wyraz ten pochodzi od wyrazu klasycznego »vegetare«, to znaczy »pobudzać, rosnąć«, inni, zwłaszcza przeciwnicy wegetaryanizmu, tłomaczą, że wyraz ten pochodzi od niemieckiego wyrazu »vegetieren«. U nas nazywają się tacy, którzy nie jedzą mięsa, wegetaryanami, »jaroszami«.

Niejedzenie mięsa nie ma jednak nic wspólnego z tem, co wymagamy od »prawdziwego« jarosza. Prawdziwy jarosz powinien jadać tylko jarzyny i owoce niegotowane, t. j. odżywiać się tylko roślinami w takim stanie, w jakim je znajdujemy w naturze, gdyż tylko wtedy możnaby ściśle zastosować teorye jaroszów, według których z roślinami pobieramy z słońca energię. Prinzheim w swojem dziele »Physik der Sonne« tłomaczy, że każda istota żyjąca otrzymuje energię bezpośrednio od słońca. Komórka roślinna ma własność przyswajania CO (tenże otrzymuje się z $CO_2$ powietrza), który w postaci organicznych związków znajdujemy w każdej komórce roślinnej. Do tego potrzebna jest pewna praca chemiczna, która odbywa się zapomocą promieni słonecznych. Te związki organiczne w komórkach roślinnych są pośrednio lub bezpośrednio pożywieniem dla zwierząt i ludzi, a ciepło, którego zwierzęta i ludzie w procesie życiowym potrzebują, powstaje przez spalenie związków CO, które z roślin pobieramy, a które tworzą się w komórce roślinnej za pośrednictwem promieni słonecznych. »Prawdziwy« jarosz powinienby postępować według tej teoryi. Takich prawdziwych jaroszów, którzyby się odżywiali surowemi jarzynami i owocami, jest jednak bardzo mało w Europie.

O wegetaryanizmie w historyi podają wiadomości już uczniowie Pytagorasa, który sam miał być wegetaryaninem, jednakowoż nic po sobie na piśmie nie pozostawił. Pierwszy o wegetaryanizmie pisze rzymski filozof Porphyrius (223—304 po Chrystusie) w swojem dziele »De abstinentia ab usu animalium«. Autor ten z czysto religijnych względów gardził mięsem. Dziwna rzecz, że Pytagoras, który sam mięsa nie jadał, po odkryciu swojego sławnego twierdzenia z radości ofiarował bogom aż 100 wołów. Börne satyrycznie się o tem wyraża, że od tego czasu każdy wół drży ze strachu na myśl o jakimś nowym wynalazku Od czasu kiedy Porphyrius napisał swoje dzieło, upłynęło prawie półtora tysiąca lat, przez które nic nowego nie napisano o wegetaryanizmie. W średnich wiekach, i to dopiero ku końcowi, wspominają o wegetaryanizmie Milton, Bossuet, Leibnitz i Montesquieu, a na przejściu do historyi nowoczesnej Rousseau, Benjamin Franklin, Lamartine, Byron, Shelley i Newton, którego niektórzy mieszają ze sławnym Newtonem, z XVII wieku. Prawdziwe piśmiennictwo o wegetaryanizmie zaczyna się dopiero w XIX stuleciu. Pierwsze jego początki znajdujemy w Anglii w dziele Newtona, które wydał w roku 1811 pod tytułem »Retourn to Natur«, a w następnem dziesięcioleciu spotykamy się z podobnemi dziełami Alcota, Nicolsena i innych. W Ameryce napisał książkę o wegetaryanizmie w roku 1839 Sylwester Graham, który był tam niejako twórcą wegetaryanizmu. Wszystko, co się w późniejszych dziełach o wegetaryanizmie spotyka, można już znaleść w dziele Grahama. Trochę mniej umiejętnie przedstawił wegetaryanizm Gleizes (1842). W Niemczech pierwszy w tym kierunku zadziałał na szersze sfery Teodor Hahn, a później nieco Edward Balzer, który starał się w sposób dowcipny i prosty wytłómaczyć cel wegetaryanizmu. W jakiś czas po Balzerze napisali prawie równocześnie książki o wegetaryanizmie W. Andries i Gustaw Schlickeysen. Świat naukowy XIX wieku zupełnie nie zajmował się początkowo wegetaryanizmem i dopiero dzieło Balzera poruszyło nieco naukowe koła, a Virchow (w roku 1865) pierwszy wystąpił przeciw tym pismom i zupełnie rzeczowo skrytykował wegetaryanizm. Balzer po ukazaniu się krytyki Virchowa napisał replikę, bardzo dowcipnie ułożoną. Później nieco zajęli się nowocześni fizyologowie wegetaryanizmem i starali się przedstawić na podstawie licznych doświadczeń wszystko, co przemawia za i przeciw wegetaryanizmowi W pierwszym rzędzie w tym kierunku zasłużyli się Justus Liebig, Karol Vogt, Karol Ludwig, Jakób Moleschott i inni, z filozofów XIX wieku zajął specyalne stanowisko za wegetaryanizmem Hartmann, a później Tołstoj. W ostatnich latach zajęli się badaniem wegetaryanizmu Bunge, Hüppe, Caspari i Albu.

Wegetaryanów można podzielić na kilka grup.

Do pierwszej grupy należą ci wegetaryanie, którzy z powodów religijnych ściśle się trzymają dyety roślinnej (jadają oni owoce i jarzyny surowe). Takich jest w Europie niewielu, natomiast spotykano się z nimi w Azyi, i to, u Hindusów i w pewnych osadach murzyńskich w środkowej Afryce.

Do drugiej grupy należą wegetaryanie, którzy z konieczności i z czysto ekonomicznych powodów jadają potrawy roślinne, gdyż są one dla nich najłatwiej dostępne i tanie, a mięso jest droższe, lub też, jak to spotykamy w południowych Indyach, z powodu złej paszy, gdzie ono

jest niesmaczne. Do tej grupy należy część Hindusów, Chińczycy i Japończycy. Ale ci wszyscy wegetaryanie przy każdej nadarzającej się sposobności chętnie jadają mięso, i to często takie mięso, które wprost wstręt wzbudza u ludzi kulturalnych. I tak ci z nich, którzy mieszkają nad brzegiem morza, jadają wszystko to, co tylko mogą wyłowić z morza, a więc ryby, ślimaki, węże morskie, skorpiony i holoturnie, a w okolicach, gdzie nie ma morza, jak np. w głębi Arabii, jada ludność chętnie szarańcze; Japończycy jadają mięso z wieloryba, które jest w ogólnej pogardzie u rybaków europejskich i amerykańskich.

Oczywiście ludzie, którzy się trudnią hodowlą bydła, nie mają potrzeby jadania mięsa, gdyż wygodniej i taniej dla nich jest spożywać jego wytwory, mleko, masło i ser, ale i ci przy każdej nadarzającej się sposobności chętnie jadają mięso.

Dalej spotykamy często w niektórych krajach takich jaroszów, zwłaszcza między ludnością ze sfer robotniczych, którzy stale odżywiają się pokarmami roślinnymi z powodu zwyczaju narodowego; i tak np zwyczajowym pokarmem są w Holandyi ziemniaki, w Bawaryi i Włoszech mączne potrawy, ale i ci wszyscy, skoro tylko nadarzy się jaka sposobność, nie wyrzekają się potraw mięsnych.

W przeciwieństwie do tych wszystkich grup, mięsa nie jadających, powstały w Europie, Anglii i Ameryce zrzeszenia, które dla celów etycznych, estetycznych i zdrowotnych hołdują wegetaryanizmowi. Agitacya ich za wegetaryanizmem polega głównie na wydawaniu broszur i dzienników, pisanych zwykle przez laików, głoszących o złych skutkach, jakie na ustrój ludzki wywiera odżywianie się potrawami mięsnemi. Spotykamy w tych pismach często zdanie, że u mięsożernych wytwarza się kwas moczowy, który osiada we wszystkich tkankach, w następstwie czego występują wszystkie choroby nieuleczalne, jak dna, miażdżyca i choroby nerek, a powstanie tych chorób tłómaczą propagatorowie wegetaryanizmu w ten sposób, że przez odżywianie się mięsem krew staje się gęstszą, lepkość jej większą, wskutek czego powstaje różnica w oporach, zmiany w sercu i w naczyniach krwionośnych. Są to wszystko lotne słowa, bez najmniejszego uzasadnienia naukowego, gdyż autorowie tych pism zupełnie nie znają się na fizyologii odżywiania i na przemianie materyi w zdrowym i w chorym ustroju.

Wszyscy ci wegetaryanie są z etycznych względów przeciwnikami mięsa, gdyż według nich każde zabicie zwierzęcia jest zabójstwem istoty żyjącej, a takie mięso jest zawsze przez nich uważane za padlinę, która zawiera bardzo liczne pasorzyty, dla ustroju szkodliwe. Ci sami jednak wegetaryanie spożywają chętnie jaja i zapominają o tem, że jajo jest również istotą żyjącą, a może nawet czującą, gdyż nie mamy na to dowodu, że czucie dopiero wtedy się rozpoczyna, skoro się rozwinął zróżniczkowany układ nerwowy. Według poglądu wegetaryanów jednak jest jajo tylko w y t w o r e m żywej istoty, czyli, zjadając jajo, nie zabijamy istoty żyjącej. Wegetaryanie zapominają również o tem, że i roślina jest istotą żyjącą, jakkolwiek nie czującą.

Wszyscy ci nowocześni wegetaryanie są również przeciwnikami wiwisekcyi i litują się nad każdem zwierzęciem, które ma być użyte do doświadczeń. Można uznawać taką litość nad zwierzętami, ale do pewnej granicy.

Zapominają wegetaryanie, że każda istota żyjąca i czująca żyje i rozwija się kosztem innych żyjących. Nietylko człowiek jedzący mięso korzysta kosztem zwierząt, ale i wegetaryanie, spożywając rośliny, żyją kosztem innych zwierząt roślinożernych, które odżywiają się tylko roślinami.

Wreszcie jest jeszcze jedna grupa ludzi, której wogóle nie można zaliczyć do wegetaryanów, a którzy jednak się za nich uważają. Są to stowarzyszenia, istniejące głównie w większych miastach, których członkowie nie jedzą mięsa, ale spożywają prócz owoców i roślin odpowiednio przez sztukę kucharską przygotowane mleko, masło, jaja. Nie jadają tylko mięsa, gdyż potrawy i pokarmy mięsne są według nich niebezpieczne dla ustroju ludzkiego przez to, że zawierają w sobie istoty trujące, które podczas trawienia mogą być zgubne. Nie pamiętają oni jednak o tem, że najbardziej trujące substancye znajdujemy w białku roślinnem, n. p. abrynę, rycynę. Także grzyby i wyższe rośliny ziemne mogą zawierać trucizny, i tak ziemniaki zawierają solaninę; nikotyna, morfina, kokaina, kofeina i alkohol są przecież również trujące, a pochodzą ze świata roślinnego.

Wiadomo obecnie, że białko zwierzęce jakoteż i białko roślinne podczas trawienia ulega tym samym sprawom rozpadowym i od tych trucizn, które podczas trawienia białka się tworzą, nie może się uchronić tak mięsożerny, jak i wegetaryanin. Niebezpieczeństwo z powodu zatrucia istotami białkowatemi jest jednak wogóle bardzo względne, gdyż sam ustrój ludzki wytwarza odtrutki, które go chronią dostatecznie przed zatruciem. Co do tłuszczów, to tak tłuszcz zwierzęcy, jakoteż i roślinny po pewnym czasie jełczeje; zużyty może być szkodliwym dla ustroju. W pokarmach, w których przeważają węglowodany, wiąże ich nadwyżka w sokach i w komórce więcej wody, niż wytwory rozpadowe białka i tłuszczu, dlatego też często spotykamy u wegetaryanów nalane twarze, które oni jednak uważają za objaw zdrowia; wreszcie przy nadwyżce węglowodanów podczas trawienia nie wszystkie rozpadają się na wodę i $CO_2$, lecz część ich w jelitach ulega fermentacyi mlecznej i masłowej, która pobudza ruchy robaczkowe jelit i w ten sposób wydala z ustroju pokarmy jeszcze nie zużyte. Z tego też również powodu znaczna część białka zostaje wydalona jako niezmieniona. Tem sobie tłómaczymy, że jakkolwiek wegetaryanie dużo jedzą, przez cały dzień chodzą głodni.

Wegetaryanie powołują się na wrodzony każdemu człowiekowi instynkt i przykładami starają się udowodnić, że człowiek ma naturalny pociąg do spożywania pokarmów roślinnych, a nie mięsnych, widok bowiem świeżego mięsa w rzeźni sprawia niemiłe wrażenie, a inaczej ma się rzecz na widok jabłka lub innego owocu na drzewie. Zapominają jednak o tem, że i widok świeżo wykopanego ziemniaka lub dojrzałego zboża w polu nie wywołuje wcale uczucia smaku i chęci jedzenia. Są to więc wszystko puste frazesy, którymi wegetaryanie próbują zwalczać swoich przeciwników. Jeżeli rzeczywiście mamy się już kierować instynktem, to przeciwnicy wegetaryanizmu mogą się powołać na nowonarodzone dziecię, które instynktownie chwyta za pierś matki, by dostać się do mleka. Dlaczegoż

więc wegetaryanie nie próbują nawet dziecka odżywiać roślinami i owocami?

Powołują się również wegetaryanie na anatomię porównawczą i dowodzą, że cała budowa człowieka, tak zewnętrzna, jakoteż i cały narząd trawienny, są niejako do wegetaryanizmu dostosowane Według nich dzielą się zwierzęta na 3 grupy, według pożywienia, które pobierają. Do pierwszej grupy należą zwierzęta wszystkożerne (omnivores) n. p. pies, wieprz, do drugiej zwierzęta mięsożerne (carnivores), a do trzeciej zwierzęta roślinożerne (phytophagi i frugivores). Do tej trzeciej grupy zaliczają wegetaryanie człowieka.

Cały ten podział nie ma wprawdzie żadnego istotnego znaczenia, gdyż nietylko ludzie, ale i bardzo wielka część zwierząt, mimo budowy i narządu trawienia na pewne pokarmy najpodatniejszego, w pewnych warunkach z łatwością przystosowuje się do innych pokarmów. Jako przykład możnaby przytoczyć małpę, która budową anatomiczną najbardziej przypomina człowieka, a według powyższego podziału jest ściśle owocożerną, a mimo to małpy na wolności często zjadają owady, jaja ptasie, a niektóre większe pożerają żywe ptaki; nie chcę już wspominać o małpach tresowanych w ogrodach zoologicznych i w menażeryach, które wogóle są wszystkożerne. Wreszcie wprost śmieszne są argumenta, jakie się często spotyka w broszurach wegetaryańskich, n. p. że z mięsem wprowadzamy do przewodu pokarmowego liczne pasorzyty; ale o tem, że i z pokarmami roślinnymi również można do przewodu wprowadzić niezliczoną ilość pasorzytów, zupełnie się nie wspomina.

Często też można znaleść w pismach wegetaryańskich zdanie, że kreatyna powstaje w ustroju tylko po mięsnych potrawach; obecnie jednakowoż wiemy, że nawet po dyecie czysto jarskiej znajdujemy w ustroju zawsze około 100 gramów kreatyny, która po obficie mięsnej dyecie zwiększa się zaledwie o kilka dziesiętnych grama.

Na tem kończę ogólne uwagi o wegetaryanizmie.

Obecnie mam zamiar rozpatrzyć najważniejszy punkt, którybY wytłómaczył fizyologię wegetaryanizmu, a mianowicie, czy ustrój ludzki dla utrzymania się w równowadze azotowej i ciężarowej może znaleść wszystko w pożywieniu roślinnem.

Dla lepszego zrozumienia pokrotce tylko przypomnę z fizyologii odżywienia, że człowiek w pokarmach, jakie pobiera, musi koniecznie znaleść następujące istoty: białko, tłuszcze, węglowodauy i sole mineralne.

Pytanie, ile człowiek powinien dziennie spożywać pokarmu, wyda się może dziwnem albo zbytecznem, gdyż każdy pod tym względem kieruje się smakiem i uczuciem sytości: te jednak właśnie uczucia często mylą, zwłaszcza u chorych, tak, że jeden je za mało, a inny znów za wiele. Zdrowy ustrój powinien się odżywiać według pewnych stałych prawideł, a miarą dostatecznej ilości pokarmów jest ciężar ciała. Człowiek dobrze wyglądający powinien tyle pokarmów spożywać, aby ciężar jego ciała odpowiednio do wzrostu ani się nie zmniejszał, ani się nie zwiększał, i wtedy ustrój znajduje się w równowadze ciężarowej. Ilość spożytych pokarmów wyrażamy w kaloryach. Wiadomą jest rzeczą, że gram białka wytwarza 4·1 kaloryi, gram tłuszczu 9·3, gram węglowodanów 4·1, a gram wyskoku 7·1 kaloryi.

Możemy więc ilość spożytych pokarmów wyrażać w kaloryach; zamiast powiedzieć, że jakiś osobnik w ciągu dnia spożył 100 gramów białka, 100 gramów tłuszczu i 400 gramów węglowodanów, można to oznaczyć w kaloryach, a mianowicie: 100 gramów białka pomnożyć przez współczynnik kalorymetryczny białka (4.1) = 410 kaloryi, 100 gramów tłuszczu (t. j. $100 \times 9·3$) = 930 kaloryi, a 400 gramów węglowodanów ($400 \times 4·1$) = 1640, czyli razem 2980 kaloryi. Ponieważ pokarmy i potrawy są zwykle mieszaniną różnych składników, dlatego według tego, ile jednego lub drugiego w nich przeważa, będzie wartość kaloryczna pokarmów różna. Nie każdym jednak pokarmem może się człowiek utrzymać w równowadze ciężarowej. Wiemy n. p. z doświadczenia, że człowiek samym tłuszczem wyżyć nie może, samymi węglowodanami również nie utrzyma się przy życiu, a także i samo tylko białko, podawane jako wyłączne pożywienie, wywołuje wkrótce obniżenie się ciężaru. A że, jak wiadomo, przez spożywanie pewnej ilości mleka można się utrzymać w równowadze ciężarowej, to nic dziwnego, gdyż w mleku znajduje się pewna stała ilość białka, tłuszczu i cukru, czyli wszystkie te składniki, które potrzebne są dla ustroju do utrzymania go w równowadze. Niektórzy wprawdzie przez spożywanie mleka przez jakiś określony czas tracą na wadze, ale to tylko dlatego, że za mało mleka wypijają na dobę (mniej niż 4 litry). Doświadczenie poucza, że w celu odżywienia ustroju powyższe trzy główne składniki pokarmów powinny być w pewnym do siebie wzajemnym stosunku równocześnie zmieszane i podane, aby ustrój bez zaburzeń mógł się utrzymać w równowadze ciężarowej. Wiadomo również z doświadczeń Rubnera, że związki organiczne, z których się składają nasze pokarmy, dadzą się do pewnego stopnia jedne drugimi zastąpić i to według prawa izodynamii. Ile każda z tych potraw wytwarza kaloryi, jest rzeczą obojętną, a chodzi tu głównie o to, by suma wszystkich kaloryi, które te potrawy wytwarzają, była wystarczająca do utrzymania ustroju w równowadze ciężarowej. Dla istot białkowatych nie istnieje do pewnego stopnia to prawo i pewnej części białka nie można niczem zastąpić, gdyż do utrzymania komórki żywej w ustroju jest ona konieczna. Ilość kaloryi, jaką koniecznie muszą pokarmy przedstawiać, by się ustrój utrzymał w równowadze azotowej, zależy również od okresu w jakim się ustrój znajduje, a więc od tego, czy znajduje się w spokoju, czy w ruchu, jakoteż od okresu rozwoju.

Jeżeli jako jednostkę przyjmiemy kilogram wagi ciała, to według Noordena dorosły zdrowy człowiek potrzebuje w spoczynku na dobę tyle pokarmów, by one wytwarzały 30—40 kaloryi na kilogram wagi ciała, a w miarę tego, czy znajduje się w lekkim ruchu, czy też wśród wytężonej pracy, ilość kaloryi wzrasta coraz więcej aż do 60. Nowsze badania w tym kierunku stwierdziły, że człowiek dla utrzymania się stale w równowadze azotowej powinien spożywać taką ilość pokarmów mieszanych, składających się z białka, tłuszczów i węglowodanów, któreby, obliczone na kalorye, odpowiadały jego ciężarowi ciała i w miarę, czy człowiek znajduje się w spoczynku, czy przy pracy, powinien zwiększyć względnie zmniejszyć ilość kaloryi w pokarmach.

(C. d. n.).

# Oceny i sprawozdania.

**Kalendarz lekarski krakowski na r. 1914.** Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Dr Adolf Klęsk. Kraków 1914. Stron 412.

Blizki ćwierćwiekowego jubileuszu, ukazuje się Kalendarz lekarski krakowski po raz dwudziesty czwarty, dowodząc najlepiej tą ciągłością wydawnictwa, że przez usilną pracę swych redaktorów zdobył sobie rzetelnie zasłużone uznanie i licznych a wiernych przyjaciół. Pod redakcyą Dra Klęska, który ją drugi rok prowadzi, utrzymuje Kalendarz nietylko swoje piękne tradycye, ale też idzie ciągle z postępem, pełniąc sumiennie żmudną swoją służbę dla ogółu lekarzy praktycznych i wytrzymując współzawodnictwo z powodzią zalewających nas wydawnictw zagranicznych tego rodzaju. I w tym roku dołożyła redakcya starań, aby wydawnictwo swe udoskonalić i wzbogacić, zapewniwszy sobie współpracownictwo prof. Dobrowolskiego, Majewskiego, Dr Grażyńskiego, Korolewicza, Stopczańskiego i mag. Hibla, którzy przerobili i uzupełnili odpowiednie działy stosownie do najnowszych postępów nauk lekarskich. Oprócz tego wzbogacił się kalendarz tegoroczny artykułami: prof. Chlumskyego: »Ortopedya lekarza praktycznego«, doc. Nitscha: »Leczenie surowicami i szczepionkami«, Dra Steuermarka: »Jakie choroby leczy się promieniami Röntgena?« i artykułem balneologicznym Dra Praschila. Wybór tematów tych nowych działów kalendarza jest niewątpliwie trafny. W zestawieniach tabelarycznych i w opracowaniu informacyjnego działu kalendarza widać staranie o ścisłość i aktualność wiadomości. Nie można wątpić, że wszystkie te okoliczności zjednają kalendarzowi rosnącą wziętość i powodzenie, na jakie zupełnie zasługuje. R.

## Międzynarodowe skrócenia wyników badania płuc

przez prof. **Saugmana** (Vejlefjord).

Międzynarodowa Konferencya przeciwgruźlicza w Berlinie przyjęła 25. X. b. r. wniosek prof. Saugmana, aby celem łatwiejszego porozumiewania się wzajemnego i skrócenia opisów posługiwać się do oznaczania wyników badania płuc jednostajnemi skróceniami (znakami) według następującego schematu:

| | | | |
|---|---|---|---|
| d. | dexter | Tymp. | tympanismus |
| s. | sinister | Met. | metallia |
| a. | anterior | Resp. | respiratio |
| p. | posterior | Insp. | inspiratio |
| sup. | superior | Exsp. | exspiratio |
| inf. | inferior | ves. | vesicularis |
| C. | costa | bronch. | bronchialis |
| $C_2$ etc. | costa II etc. | amph. | amphoricus |
| interc. | spatium intercostale | sacc. | saccatus |
| | | prolong. | prolongatus |
| Cl. | clavicula | fort. | fortis |
| Pap. | papillula mammae | dim. | diminutus |
| Sp. | spina scapulae | RL*) | rzężenie grubobańkowe |
| Ang. | angulus scapulae | Rl*) | rzężenie średniobańkowe |
| ½ Sc. | medio scapulae | rl*) | rzężenie drobnobańkowe |
| — | usque ad | | |
| Th. | thorax | ( ) | słychać tylko po kaszlu |
| applan. | applanatus | | |
| dilat. | dilatatus | ($Rl_1$) | skąpe rzężenia średniobańkowe, słyszalne tylko po kaszlu itd. |
| retard. | retardatus | | |
| Margo | margo pulmonis | | |
| mobil. | mobilis | | |
| immobil. | immobilis | | |
| M.*) | mutitio, mutus | | |

*) Wszystkie ilościowe oznaczenia (stopnie objawów) oznacza się przez dodanie cyfr 1—3; 1 oznacza stopień najniższy, 2 średni, 3 najwyższy. Naprzykład $M_1$ = lekkie stłumienie, $Rl_3$ = obfite rzężenia średniobańkowe, $dim_2$ = miernie osłabiony itp.

# Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

**Nowości techniczne.** 1) Miara wzrostu podług prof. Pirqueta, podająca odrazu wymiary t. zw. fizyologiczne i wagę dziecka, odpowiadającą wzrostowi. 2) Przyrządzik do zbierania krwi, podług Lintza. 3) Reflektor ze suchym stosem kieszonkowym. 4) Przyrząd do wyjaławiania nim opatrunków dla lekarzy praktycznych Saara. 5) Przyrząd do wlewań salwarsanu podług Arzta i Schrameka. 6) Igła do podwiązywania nitek Mackenrodta. 7) Nożyce do próbnych wycinań z szyi macicznej Czernyego. 8) Nożyce do wycinań mostka Shoemakera. 9) Kleszcze do chwytania płuc Sauerbrucha, lub Friedricha. 10) Kleszczyki do szwu naczyń Höpfnera. 11) Nożyk do nerwów podług Spitzyego, tegoż szczypczyki i elewatoryum. 12) Instrumentaryum do tamowania krwawień z kości przez wbijanie sztyftów Eiselsberga. 13) Kleszcze do laminektomii Exner-Leitera lub Horsleya. 14) Klamry Hackenbrucha do ambulatoryjnego leczenia złamań. 15) Vibroinhalator Bayera składa się z pompy ssąco-tłoczącej, która wpędza wśród drgań powietrze przez filtr do tuby, zawierającej lek. Wskazania: dychawica, nieżyty dróg oddechowych, początki gruźlicy. 16) Rozpychadła elastyczne z drutu poleca Tiegel zamiast tamponady, zatykającej jeszcze nieraz odpływ wydzielin z ran. (Zbl. f. Chir. 1913, Nr 29). 17) Elektryczny »Blitzkocher« firmy Hitzinger. 18) Samotrzymający się wziernik nosowy (Berl. kl. Woch. Nr 33). 19) Miseczkę na ropę z trzonkiem, by nie brudzić sobie palców ropą, podał Tiegel. (Münch. med. Woch. Nr 35). K.

**Pokrywanie się naskórkiem** i gojenie się rozległych ubytków skóry badał systematycznie doc. Polland (Wiener mediz. Wochenschr. 1913, 38) i doszedł do wniosku, że najlepszy wynik daje następujące postępowanie: 1) Oczyszczanie: kąpiele z nadmanganianu potasowego 1:2000, pędzlowanie perhydrolem, okłady z 2% $H_2O_2$, codzienny natrysk z gorącego powietrza, później w danym razie opatrunek ektoganowy. 2) Ziarnkowanie: gorące powietrze, 2% maść azodolenowa, przy ziarninie przerosłej lapis. 3) Pokrywanie się naskórkiem: gorące powietrze, 2% maść pellidolowa, ostrożne lapisowanie. Jeżeli z początku są znaczne bole, to można z korzyścią użyć do opatrunków 10% maści cykloformowej. Kl.

**Wyciąg śledziony** w związku z 5% rozczynem peptonu, zastosowany podskórnie (10 $cm^3$ jednorazowo), okazuje się dobrym środkiem leczniczym na krwawienia u krwawców; wyciąg ten można stosować miejscowo, napajając nim tampony, np. po wyjęciu zęba. (Plumier. Scalpel 1910, czerwiec). N.

**Taninę alkoholową** (5% rozczynu taniny w 95% alkoholu) podaje Zabludowski z Moskwy jako nowy środek do odkażania rąk i pola operacyjnego. Środek ten ma przewyższać inne podobne, jak jodbenzynę lub alkoholaceton, jest tańszy od nich i nie działa szkodliwie na skórę. N.

**Narkofinę ze skopolaminą** zaleca Reichel (Münch. med. Woch. 1913, p. 638) zamiast uśpienia morfinowo-skopolaminowego, względnie pantoponowo-skopolaminowego z tego powodu, iż narkofina mniej szkodliwie działa na ośrodek oddychania. Działanie nasenne było zupełnie to samo bez ubocznego działania. Narkofiny wstrzykuje się 0·03 gr. N.

**Leczenie tężca urazowego** wstrzykiwaniami siarkanu magnu znane jest od dłuższego czasu; (dotychczasowe wyniki zestawia Dutoit przeglądowo w Deutsche med. Woch. p. 561). Prócz tego stwierdza Lieber (Arch. intern. d. pharm. et de ther. Vol. 22. p. 269), iż udaje się łatwo uratować zwierzęta zatrute arsenem przez wstrzykiwania podskórne siarkanu magnu; leczenie to odnosi jednak tylko wtedy wynik, jeśli trucizna nie przeszła jeszcze do krążenia. Mecha-

nizm działania siarkanu magnu jako odtrutki na arsen tłómaczyłby się najprawdopodobniej w ten sposób, iż sól ta opóźnia dostawanie się arsenu do krążenia przez tworzenie trudno rozpuszczalnych związków magnu z arsenem. N.

**Selenjodmethylenblau** próbował Braunstein (Berl. kl. Woch. 1913 p. 1102) stosować w chemoterapii raka. Wychodzi on z tego stanowiska, że selen wzmaga sprawy autolityczne wewnątrz nowotworów, przyczem jod dopomaga mu w tem, a błękit metylenu stanowi równocześnie środek transportowy. Wstrzykiwania do żył sprawiały w mięsakach i rakach zmniejszanie się i znikanie bólów, poprawę stanu ogólnego i przyrost wagi, oraz zmniejszanie się guzów nowotworowych. N.

**Na raki skórne** zaleca Ravogli po dokładnem wyskrobaniu łyżeczką (a czyż nie lepiej odrazu wyciąć? przyp. sprawozd.) mieszaninę, złożoną z dwóch części formaldehydu, dwóch części lysolu i jednej chlorku żelaza (Brit. med. Journ. 1913, 26. VI.). A.

**Ropnie powłok brzusznych** (samoistne lub powstałe po operacyach) zaleca Beuener leczyć zasypywaniem cukru w dużych ilościach. (Tow. lek. Jena 1913, 12. VI.). K.

**Plombowanie w głębi rany na szyi** zapomocą osobnego narzędzia zamiast wiązania węzła podwiązki lub szwu zaleca Rethi. (Arch. f. Laryng. 27. II). K.

**Przy zwężeniu tchawicy** wskutek ziarnin po tracheotomii osiągnął Sons bardzo dobry i szybki wynik zapomocą promieni Röntgena. (Med. Klinik 1913, Nr 37). K.

**Leczenie zapalenia otrzewnej** wlewaniem eteru do jamy brzusznej, podane przez Morestina, zachwala Dergane. Po usunięciu z jamy brzusznej wacikami wysięku, wlewa się 150—400 grm czystego eteru Mercka, i potem usuwa go znowu wacikami. (Wiener klin. Woch Nr 33). Do tegoż celu poleca Burrows odczyszczoną naftę rosyjską. (Sek. chir. międzynar. zjazdu w Londynie 1913). K.

**Kollargol,** stosowany środotrzewnie w rozlanem ropnem zapaleniu otrzewnej, zaleca Fehlke (Münch. med. Woch. 1913, 32). Wstrzykuje on kollargol zwykłą strzykawką maciczną, zapomocą której można dostać się do wszelkich zaułków otrzewnej; używa 30—50 cm³ 2% roztworu. Wstrzyknięcie powtarzać można kilkakrotnie po zabiegu operacyjnym, co ma znaczną wyższość nad przepłukiwaniami otrzewnej, które można tylko raz w czasie operacyi wykonać. Kollargol nie drażni otrzewnej, szybko ulega wessaniu i przechodzi do krwi tą samą drogą, co czynniki zakaźne. N.

**Przy guzach krwawniczych** wypadłych zaleca Kemp smarowanie ich następującą maścią: »Rp. Extr. opii 2·0, cocaini hydrochlor. 0·65, menthol. 1·3, ung. zinc. oxyd. 30·0, mf. ung.« przy krwawieniach zaś z guzów smarowanie: »Rp. Ungt. acid. tannic. 15·0, ungt. stramonii, ungt. bellad. āā 30·0«. Szczeliny odbytu pędzluje się co 2—3 dni roztworem lapisu, począwszy od 0·2:10·0 aż do 6%, a w międzyczasie pędzluje się je 5% kokainą. (New York med. Journ. 1913, str. 1247). K.

**Thioestrin,** przetwór zawierający siarkę, znajduje zastosowanie w schorzeniach stawów (gościec, dna i t. p.). Kawałkiem waty, napojonym tym środkiem, naciera się odpowiednie miejsca i zawija opaską, ewent. pozostawia watę. N.

**Kwas salicylowy** w postaci wstrzykiwań podskórnych stosuje Seibert (Med. Record. Bd. 79) w gośćcu stawowym u osób, które na wewnętrzne podawanie salicylu nie oddziałują. W ostrych przypadkach wstrzykuje S. 10 cm³ 20% roztworu wodnego salicylanu sodowego, a wstrzykiwania powtarza co 12 godzin. W przypadkach przewlekłych używa 10 cm³ następującego roztworu: »Rp. Acid. salicyl. 10·0, ol. sesami 80·0, alcohol 5·0, camphor. 5·0«, i wstrzykuje co 24 godzin. N.

**Perhydrol** stosuje Skoulsky (Sem. med. 1910, 30) w ostrym i przewlekłym wiewiórze z dobrym wynikiem. W przypadkach ostrych po przeminięciu objawów zapalnych wstrzykuje 0·8% roztwór 4 razy dnia; w przewlekłych zaś 1·5% roztwór i dochodzi do 3% 2 razy dnia; płyn wstrzyknięty trzyma się w cewce trzy minuty. N.

**Kontraluezynę,** związek rtęci, drobinowo rozpylonej i jednostajnie rozmieszczonej w roztworze związku sozojodolo-chininowo-salicylowego stosuje Klausner (Münch. med. Woch. 913, p. 62) w leczeniu kiły. Przetwór ten wstrzykuje się śródmięśniowo. Ampułki zawierają po 0·15 gr Hg w 1 cm³. Środek ten działa we wszystkich okresach, a nie ma szkodliwych własności. N.

**Merjodynę** zaleca Polland (Münch. med. Woch. 1913, p. 590) do wewnętrznego podawania w leczeniu kiły. Podawaniem 5—6 pastylek dziennie przez kilka tygodni osiąga się ten sam skutek, co jednorazowym okresem wcierań, o wessaniu się rtęci świadczy pojawianie się rtęci w moczu. N.

**Ristin,** nowy środek przeciw świerzbowi, jestto 25% roztwór alkoholo-glicerynowy eteru kw. monobędźwinowego etylenglykolu. Według Treitela (Ther. d. Geg. 1913 p. 94), wciera się przez 3—5 dni po 50 gr. tego środka. Pod jego wpływem świąd ustępuje szybko, nawrotów nie spostrzega się. Przetwór jest bezwonny lecz drogi. N.

**Tyreoidynę** stosuje Sigmund (Z. f. Gyn. 1910, 42) w przypadkach wymiotów niepowściągłych w ciąży; należy ją podawać kilka godzin przed najsilniejszymi napadami wymiotów na czczo, a więc o godz. 5. rano, o 9. rano, dalej na ½ godz. przed obiadem i kolacyą i przed spaniem; dawki średnie 0·3 gr. Wyniki miał S. dobre, złych następstw nie spostrzegał. N.

**Erystypticum** »Roche«, kombinacya sekakorniny z gorzknikiem kanadyjskim (hydrastis) ma według Keibla (Deutsche m. Woch. p. 269. 1913) oddawać dobre usługi w położnictwie, zastosowana w krwotokach różnego pochodzenia. Zawartość działających składników jest stała, a cena przetworu tania. N.

**Pituglandol,** dobrze działający środek, może być stosowany według Baszeta (Med. Klin. 1913, p. 457.) nietylko w okresie wydalania płodu, lecz i w każdym innym okresie porodu; szczególnie poleca B. stosowanie pituglandolu w leczeniu poronienia. Zazwyczaj wstrzykuje się 1 cm³ pituglandolu Roche. N. R.

**Tymipinę** (dialysatum thymi et pingueculae Golaz) — podaje się w krztuścu dzieciom poniżej lat 5 rano i wieczór na czczo po 1 kropli w wodzie aż do ustąpienia napadów kaszlu, potem zwiększa się dawkę do 2—3 kropli. Dzieci powyżej 5 lat dostają po 2 krople wzgl. 3—4, dwa razy dnia. N.

**Bromcalcium** zachwala Grünfelder (Ther. Monatsh. 1913 p. 416) w leczeniu skurczu głośni i tężyczki jako najlepszy środek, jego szybkie, uspokajające działanie przewyższać ma inne sole bromowe. Po podawaniu dawki 2 gr. dziennie przez kilka dni objawy ustępują. N.

**Odczyn urochromogenu z nadmanganianem potasu** według Weissa. Mocz rozcieńcza się podwójnie i nalewa do 2 probówek; do jednej dodaje się 3 krople 0·1% roztworu wodnego nadmanganianu potasu. Jeśli mocz zawiera urochromogen, to powstaje zabarwienie żółte, które porównuje się z probówką kontrolną. Natężenie tej barwy jest proporcyonalne do natężenia odczynu Ehrlicha. N.

**Odczyn α-naftolowy kwasu glykuronowego** (Goldschmidt, Z. f. ph. Ch. 910, 65). 0·5—1 cm³ moczu + 2 krople 15% alkoholowego roztworu α-naftolu miesza się i nalewa do probówki, zawierającej 3—4 cm³ zgęszczonego kwasu siarkowego; w miejscu zetknięcia się płynów powstaje fioletowy pierścień, posuwający się ku warstwie moczu, podczas gdy kwas siarkowy barwi się zielono. N.

**Odczyn orcynowy pentoz w moczu.** 3 cm³ moczu

+ 5—6 $cm^3$ kwasu solnego dymiącego (c. g. 1.19) + orcyna (na koniec noża) gotuje się do wrzenia. W razie obecności pentozy powstaje zabarwienie niebiesko-zielone lub fioletowe, które ciemnieje, lub też zjawiają się kłaczki niebiesko-zielone. Barwa ta daje się wyciągnąć alkoholem amylowym, który wtedy daje linię absorbcyjną między C i D; niebiesko-zielony osad jest dla obecności pentoz charakterystyczny. N.

**Perhydrol, jako odczynnik alkaloidów.** (Archiv. f. Pharm. 1910, 6). Sporządza się odczynnik: 1 $cm^3$ perhydrolu + 10 $cm^3$ kwasu siarkowego zgęszczonego. Do tego odczynnika daje się badaną substancyę w formie proszku w ilości 5—10 mlgr. Chinina daje barwę cytrynowo-kanarkową, berberyna — wiśniowo-czerwoną, hydrastynina — czekoladowo-czerwoną, emetyna — ciemno pomarańczowo-czerwoną, nikotyna — krwisto-czerwoną. 1 $cm^3$ perhydrolu + 10 $cm^3$ zgęszczonego kwasu solnego stanowi również odczynnik kofeiny i teobrominy, ewent. z dodatkiem platinsolu, wody chlorowej lub bromowej. N.

**Wyciąg jajników** według Wittgensteina (Wien. kl. Woch. 1910, 24), ma wpływać na jadowitość bakteryi gruźliczych w ten sposób, iż u zwierząt gruźlica przybiera postać przewlekłą. Czy u ludzi spostrzeżenie to da wyniki praktyczne, nie wiadomo. N.

**Thymorybolium** według Fritza i Petzolda jest to syrup. sulfo-gwajakolowy. N.

**Sole złota** okazują w chemoterapii gruźlicy pewne działanie. Bruck i Glück (Münch. m. W. 1913 p. 57) donoszą o swych dokładnych badaniach na zwierzętach i ludziach z sinkiem złotowo-sodowym (aurum-kalium cyanatum). Działanie lecznicze tego przetworu w toczniu jest widocznie, o ile stosuje się go do żył w dawkach 0,02—0,05 gr. W kile pierwszorzędnej i drugorzędnej działanie tego środka równało się działaniu soli rtęciowych, ustępowało jednak działaniu salwarsanu. Sole złota są według Feldta (Deutsche m. Woch. 1913 p. 549) dotąd jednym ze środków, najsilniej niszczących bakterye gruźlicze. N.

**Tebesapin,** zawiesina prątków gruźliczych, które zabito przez ośmiodniowe działanie oleinianu sodu i jednogodzinne ogrzanie do 70°, według Möllera i Wolffa (Deutsche m. Woch. 1913 p. 149), którzy przetwór ten polecany w leczeniu gruźlicy, próbowali na zwierzętach, nie daje takich wyników, jak inne podobne przetwory przeciwgruźlicze. Również i działanie uodporniające tego przetworu nie było lepsze od innych. N.

**Miedź** w postaci wodnego rozczynu związku organicznego, zawierającego w 1 $cm^3$ 0·01 metalu, stosuje Bodmer (Münch. med. Woch. 1913. 32) według przepisu Finklera w gruźlicy. Leczył on w ten sposób ciężkie przypadki rozsianej gruźlicy obu płuc z jamami. Środek ten wstrzykuje się do żył bardzo ostrożnie, przyczem uważać należy, by ani kropelka płynu nie dostała się do tkanki podskórnej, gdyż to wywołuje bolesne nacieki. Rozpoczyna się od 0·5 $cm^3$ płynu (0·005 miedzi) lub nawet od 0·2 $cm^3$, powoli zwiększa się dawkę, nie przechodząc jednak ponad 3 $cm^3$; wstrzykiwanie powtarza się co 5—6 dni. Dobre wyniki autora mogą zachęcić do dalszych prób. N.

**Melubryna** ma już obecnie obszerną literaturę. Hesse (Ther. d. Geg. t. 68. 1913) uważa melubrynę za dobry lek przeciwgorączkowy u gruźliczych, który ma tę zaletę, że można go stosować przez całe tygodnie bez szkodliwych następstw poza lekkimi potami. Przy przekroczeniu jednak dawki możliwy jest zapad. U dorosłych podaje się po 0·5 gr 1—3 dnia, trzeba jednak indywidualizować, t. zn. podawać i wyższe dawki zależnie od przypadku. Schuster (Deutsche m. Woch. 1913,) zachwala również melubrynę jako lek przeciwgorączkowy, przeciwgośćcowy i przeciw bolom, zwraca jednak uwagę na niektóre objawy szkodliwego jej ubocznego działania jak: nudności, wymioty, biegunka, poty, co wszystko może prowadzić do zapadu. W dalszym ciągu wyrażają się korzystnie o melubrynie Loening (Ther. Monsft. p. 123, 1913), Schultze (Med. Klin. 1913, p. 416) i Wollenberg (Med. Klin. 1913, p. 63). N.

**Jodostarynę** i inne przetwory jodowe stosował Pertik (Deutsche m. Woch. 1913, p. 75.) w gruźlicy płuc i stwierdza, że jodostaryna nie działa szkodliwie, nie ma smaku i nie wywołuje zatrucia, chyba w dużych dawkach. Przetwór ten ulega szybko wessaniu i powoli się wydziela, a zatem długo pozostaje w ustroju. N.

**Przy podawaniu naparstnicy** radzi Romberg (Münch. m. Woch. 1913, p, 1.) kierować się przedewszystkiem stanem pracy serca; kontrolując rytm serca, unika się łatwo nieprzyjemnego działania ubocznego naparstnicy. Stosowanie przetworów miareczkowanych naparstnicy (digitalis titrata) daje dużą pewność. N.

**Cymarynę,** główny składnik wyciągu z »Apocynum cannabinum», zaleca Schubert (Deutsche m. Woch. 1913, p. 27.) jako nowy środek sercowy. Prócz działania na serce wywiera cymaryna także wpływ na naczynia i na nerki, przytem chorzy znoszą ją lepiej, niż naparstnicę i również daje się ona dokładniej dawkować, niż naparstnica. Dawka: 0·3—0·4 mgr. wewnętrznie, podskórnie lub śródżylnie. Wstrzykiwania podskórne są bolesne. N.

**Periplocin,** glikozyd z »periploca graeca« poleca Lewaszew w chorobach serca zamiast przetworów naparstnicy lub strofantyny. Środek ten, zastosowany śródżylnie ma przyspieszać i regulować czynność serca, podnosić ciśnienie i wzmagać wydzielanie moczu. Działania ubocznego ani zbiorowego (kumulacyi) Lewaszew nie zauważył. Dawka średnia 0·001.

Przepis do wstrzykiwań: Rp. Periplocin 0·01, natr. chlorat. 0·6, aq. dest. steril. 10·0, S. — 1 $cm^3$ do wstrzyknięcia śródżylnego. N.

**Adrenalinę** w kombinacyi z hypofizyną zaleca stosować Houssay (Wien. klin. Woch. 1913. p. 489). Kombinacya ta łączy w sobie silne działanie adrenaliny na serce i naczynia z przewlekającem się działaniem hypofizyny na te same narządy. Najlepiej mieszać 4—5 kropli 1‰ rozczynu adrenaliny z 1 $cm^3$ hypofizyny; mieszankę tę stosuje się w tych samych przypadkach, w których używa się adrenaliny jako środka skrzepiającego serce, oraz do różnych celów znieczulenia miejscowego. N.

**O leczeniu alkaliami** białkomoczów podaje Weiland (Med. Klin. 1913, p. 495.) krytyczne spostrzeżenia. W 24 przypadkach własnych nie spostrzegał wcale korzystnego wpływu, a w 4 przypadkach wystąpiły znaczne obrzęki, częściowo nawet z niebezpiecznymi objawami mocznicowymi. N.

**Ocitryna,** nowy środek wzmagający ogromnie wydzielanie kwasu moczowego, jest estrem etylowym kwasu fenylocynchoninowego i działa w dawce dziennie 3 gr. podobnie jak atofan. (Petruka: Deutsche m. Woch. 1913, p. 359). N.

**Ovogal** wywołuje wzmożenie się wydzielania żółci i zwiększenie się w niej ilości taurocholanu sodu i stąd wskazania do zastosowania ovogalu są: ostre i przewlekłe nieżyty dróg żółciowych oraz kamica. Podaje się przetwór ten w dawkach 0·5 gr 3—4 razy dnia w kapsułkach żelatynowych (Eichler, Latz, Boas, Arch. f. Verd. Bd. XV, 5. Ther. d. Geg. 1910, 4). N.

**Przy kamicy żółciowej** zalecają Grumme (Med. Klin. Nr 13) i Engels (Med. Klin. Nr 34) sok z czarnej rzodkwi. Sok ten w czasie, gdy niema świeżej rzodkwi, wyrabia fabryka Dr Naumanna w Dreznie. K.

**Kodeonal,** środek nasenny i uspokajający, bywa coraz więcej stosowany. Według spostrzeżeń Manna (Münch. m. Woch. 1913, p. 474) nie zawodzi prawie, a w lekkich przypadkach wystarcza często jedna tabletka dla wywołania pożądanego skutku. Sen następuje zwykle po 3 kwadransach i trwa około 7 godzin. Szczególnie nadaje się kodeo-

nal do stosowania w chorobach płuc, przebiegających z kaszlem, a także i u chorych sercowych. W ciężkich stanach podniecenia nie działa. N.

**Parakodynę** — nowy przetwór kodeiny (dwuhydrokodeina) wprowadza w praktykę Fraenkel (Münch. med. Woch. 913, 522), zachwalając ją z tego powodu, iż szybciej łagodzi kaszel, niż kodeina, działa dłużej, oraz działa nasennie nawet w mniejszych dawkach, niż kodeina. Dawka: 0·025 gr. 3 razy dziennie. N.

**Luminal** według Hartunga (Deutsch. med. Woch. 913, p. 308) ma 2—3 razy silniej działać niż weronal. W lekkiej bezsenności osiąga się już dawką 0·1 gr. pożądany skutek; w cięższych przypadkach wystarcza 0·3 gr. W stanach podniecenia maniakalnego radzi H. zacząć od dawki 0·5—0·7 i obniżać później dawkę. W chorobach umysłowych współzawodniczy luminal ze skopolaminą, weronalem i sulfonalem. Szkodliwego działania nie zauważa się, najwyżej senność następnego dnia. N.

**Adamon** (Dibromdihydrozimmtsäureborneolester) według Guddena (Med. Klinik 1913, IV. p. 137) jest nieszkodliwym środkiem kojącym (sedativum), może być dłuższy czas podawany i nie wywołuje dolegliwości żołądkowych. Adamon jest przetworem, zastępującym w formie stałej przetwory kozłkowe. Dawka 0·5 gr. kilka razy dnia. N.

**Fosforu** próbował w padaczce Leubuscher (Deusche m. Woch. 1913, p. 494); po kilkomiesięcznem podawaniu fosforu w rozczynie oliwy (bez wszelkiego innego leczenia) zmniejszała się znacznie ilość napadów; również po zaprzestaniu leczenia nie powtarzały się napady. Chorzy znosili dobrze to leczenie. N.

---

## Sprawy Towarzystw naukowych

### Towarzystwo lekarskie warszawskie.

**Posiedzenie kliniczne z d. 16 września 1913 r.**

1) Dąbrowski K. przedstawił dwóch chorych **z rozszerzeniem żołądka** znacznego stopnia. W obu przypadkach rentgenogramy wykazały nizkie zupełnie położenie kiszki poprzecznej.

2) B. Dębiński i S. Tuz. **Próby odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny.** Prelegenci zbadali metodą Pirqueta 44 i metodą Mantoux 55 chorych. a) Badania metodą Pirqueta dały następujące wyniki: Wszyscy niegruźliczy dali odczyn Pirqueta ujemny. Największą liczbę odczynów dodatnich dała gruźlica w I. okresie, najmniejszą gruźlica w III okresie. Słabsze rozcieńczenie tuberkuliny daje mniejszą liczbę odczynów dodatnich. Określenie miana tuberkuliny nie daje wskazówek dla odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej. — b) Badania metodą Mantoux dały wyniki następujące: Odczyn dodatni występuje nietylko po wstrzyknięciu tuberkuliny, lecz niekiedy i po wstrzyknięciu rozczynu fizyologicznego (na 55 chorych, 8 razy). Najmniejszy odsetek odczynów dodatnich (wyłączając niegruźliczych) otrzymujemy w III okresie gruźlicy. Odczyn miejscowy jest tem silniejszy, im rozczyn tuberkuliny silniejszy. Największy odsetek odczynów dodatnich dają przypadki gruźlicy miejscowej. Niegruźliczy dają poważny odsetek odczynów dodatnich (60%). Gruźlicy czynnej (I i II) od włóknistej nieczynnej zapomocą określenia miana tuberkuliny odróżnić nie można.

W dyskusyi a) Rzętkowski zapytuje prelegenta, co w badaniach jego stanowiło miarę dla odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej. Br. stwierdza wielką trudność odróżniania dwu tych zjawisk doraźnie, tembardziej, że gruźlica nieczynna w pewnych warunkach stawać się może czynną.

b) Gałecki zaznacza, że oprócz rozpoznawania spraw czynnych z punktu widzenia ściśle anatomo-patologicznego trzeba w praktyce odróżniać jeszcze sprawy czynne w znaczeniu praktyczno-klinicznem. Za takie uważamy sprawy, które się jeszcze nie podgoiły tak dalece, żeby chory mógł powrócić do zwykłego otoczenia i zajęcia. Pojęcie to jest bardzo względne i bardzo trudne do ustalenia. Badanie fizyczne daje w tym kierunku często wyniki zwodnicze. Wielką pomocą w rozpoznawaniu spraw czynnych są, według G., podane przez Pottengera metody badania skurczów mięśniowych ponad ogniskami sprawy gruźliczej, oraz lekkie obmacywanie. Wogóle jednak do określenia, czy sprawa jest czynną w znaczeniu praktyczno-klinicznem, dojść można tylko drogą ścisłej, wielostronnej i długotrwałej obserwacyi chorego. Ażeby jednak owo pojęcie tak względne można było określić zapomocą metody biologicznej, G. »a priori« bardzo wątpi.

c) A. Sokołowski podkreśla, że rozwiązanie problematu gruźlicy czynnej i nieczynnej stanowi przedmiot niezwykłej doniosłości, nietylko pod względem dalszych losów chorego, lecz też i ze względów społecznych. Doświadczenie kliniczne dowodzi, że większość chorych, którzy opuszczają sanatorya, jako wyleczeni, po pewnym szeregu lat znowu zapada na dawne cierpienie; jedynie nieznaczny odsetek chorych pozostaje wolnym od objawów gruźlicy. To doświadczenie kliniczne jest poniekąd zgodne z doświadczeniami na zwierzętach, wykazującemi, że w większości przypadków materyał, otrzymany nawet z zabliźnionych ognisk płucnych lub gruczołowych, daje wynik dodatni przy szczepieniu. Istnieje możliwość wytworzenia się u chorych istotnej gruźlicy nieczynnej, czyli zabliźnionej; postaci tej nie możemy określić zapomocą dotychczasowych sposobów badania fizycznego, lub też prób biochemicznych; jedynie wykrycie laseczników w plwocinie potwierdza niejako matematycznie rozpoznanie. Wobec takiego stanu rzeczy bardzo pożądanem jest wynalezienie odczynnika biochemicznego, czy też fizycznego (Roentgen), któryby stanowczo, i to w krótkim czasie, mógł rozwiązywać tak ważne zagadnienie. Nic też dziwnego, że w ciągu kilku lat ostatnich, liczni autorowie zagraniczni starali się rozwiązać tę sprawę, głównie na drodze czynników biochemicznych, niestety naogół z wynikiem ujemnym. S. pomimo to nie wątpi, że sprawa ta zostanie w krótszym lub dłuższym czasie pomyślnie załatwioną.

d) Knappe stwierdza, że sprawa rozróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej daje się rozstrzygnąć na drodze bakteryologicznej. Ani duru brzusznego, ani innych chorób zakaźnych pojąć nie możemy inaczej, jak tłómacząc je przez dostawanie się swoistych zarazków do krwi. Przez samą więc analogię przyjąć musimy, że gruźlica nie stanowi wyjątku pod tym względem. Lasecznik gruźlicy przebywać może w jakimkolwiek narządzie, np. w gruczole chłonnym, odgraniczony tkankami od obiegu krwi i wtedy szkody poważnej ustrojowi nie wyrządza. Gruźlica jest nieczynną w takim przypadku. Jeżeli zaś lasecznik wydostanie się z zamknięcia i przeniknie do obiegu krwi, wtedy gruźlica staje się czynną: ustrój oddziaływa na to gorączką i podupada. Że tak jest istotnie, mamy na to liczne dowody; a najważniejszym jest ten, że coraz częściej wykrywane bywają laseczniki gruźlicze we krwi w gruźlicy czynnej, i to bynajmniej nie w przypadkach ciężkich, jak gruźlica rozsiana. Sposób ten jest technicznie trudny; z czasem jednak będziemy posiadać sposób pewny odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej.

e) Wisłocki, zgadzając się z Knappem, że krew jest terenem, na którym poszukiwać powinniśmy różnic między gruźlicą czynną i nieczynną, zaznacza, że obecność lub brak we krwi laseczników gruźliczych nie może mieć pod tym względem znaczenia. Porównania z durem nie uważałby za odpowiednie, gdyż o ile dur jest typową bacil-

lemią, o tyle w gruźlicy lasecznik swoisty względnie rzadko znajduje się we krwi.

f) Gantz przedewszystkiem zaznacza, że sprawa obecności prątków gruźliczych we krwi chorych na gruźlicę jeszcze bynajmniej nie jest tak stanowczo rozstrzygnięta, jak sądzi Knappe. Wprawdzie wielu autorów znajduje prątki bardzo często u chorych, a pewien Japończyk stwierdzał nawet ich obecność u zdrowych lekarzy, istnieje już jednak cały szereg prac, które dowodzą, że zgoła nie często udaje się prątki znaleźć we krwi, a także że często znalezione we krwi laseczniki są jedynie prątkami kwasoodpornymi, lecz nie lasecznikami Kocha. Okazało się między innemi, że włóknik i osnowa (stroma) krążków czerwonych są również kwasoodporne. Gantz od roku prowadzi badania w tym kierunku wspólnie z Saskim; we wszystkich jednak przypadkach, prócz badania bakteryoskopowego, szczepi osad, otrzymany ze krwi, świnkom morskim i takie tylko postępowanie uważa za słuszne. Na 30 przypadków gruźlicy w 2 tylko znalazł twory, przypominające laseczniki Kocha w preparatach, a jeden raz tylko otrzymał gruźlicę u świnek morskich. Co się tyczy objawu Pottengera, o którym wspomina Gałecki, to Gantz zbierał w tym kierunku spostrzeżenia i doszedł do wniosku, że ów skurcz mięśni można stwierdzić i w gruźlicy nieczynnej, a wogóle jest to objaw niepewny. W sprawie samego odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej sądzi G., że jedynie na drodze biochemicznej uda się z czasem dojść do celu.

g) Dębiński odpowiada, że sprawę gruźliczą czynną od nieczynnej odróżnić klinicznie jest niezmiernie trudno. Mówi się zwykle, że chory jest dotknięty gruźlicą nieczynną, jeżeli nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje, nie traci na wadze i t. p., lecz nie jest to rozpoznanie ścisłe. Ścisłego rozpoznania niepodobna często zrobić, nawet na sekcyi. Konieczne jest więc badanie histologiczne, lub szczepienie.

3) Klein St. **Nowy i prosty sposób barwienia krwi i tkanek zapomocą nowego płynu barwnego (polychromu).** K. sporządził płyn barwny, który składa się z 2 części »methylenblaueozyny« i 1 części wielobarwliwej (polychromowej) methylenblaueozyny w alkoholu metylowym. Płyn ten nie ma wad, właściwych płynom barwnym, natomiast użycie jego jest proste. Barwienie odbywa się w sposób następujący: Barwienie krwi: 1) Na szkiełko nakrywkowe z krwią nalewamy 10 kropel polychromu, po 10 minutach dolewamy 10 ctm. wody przekroplonej; po następnych 10 minutach wyjmujemy i suszymy bez opłukania. 2) Szybki sposób. Do 10 kropel polychromu, nalanych na szkiełko, dodajemy po 10 minutach 10 kropel wody przekroplonej, po 3 minutach dolewamy 10 ctm. wody przekroplonej; po 5 minutach szkiełko wyjmujemy z wody.

Barwienie tkanek: Na preparat, naklejony na szkiełku przedmiotowem, nalewamy do 50 kropel polychromu, po 5 minutach dodajemy 5 kropel wody przekroplonej, po 5 minutach płyn zlewamy, preparat stawiamy do wody na 3 minuty.

W dyskusyi Rzętkowski zapytuje, czy należy krew utrwalać. K. odpowiada, że nie trzeba, bo płyn zawiera już alkohol, który utrwala preparat.

### Posiedzenie z d. 30. września 1913.

Cz. Jakubowski i Jerzy Brunner: **Leczenie twardzieli autowakcyną.** We wstępie autorzy podają w krótkości dane historyczne i geograficzne, dotyczące twardzieli, następnie przedstawiają obraz kliniczny i anatomopatologiczny tego cierpienia i oceniwszy krytycznie wszystkie dotychczas stosowane metody i zabiegi lecznicze, zastanawiają się nad sprawą leczenia twardzieli zapomocą zabitych zarazków. Ponieważ sprawa ta wiąże się ściśle ze sprawą swoistości tych zarazków, autorzy stwierdzają, że we wszystkich przypadkach klinicznie stwierdzonej twardzieli, zarazki o typie »bacillus scleromatis Frisch« wykrywać się dają stale i z łatwością. Badając bakteryologicznie z górą 30 przypadków twardzieli, autorzy stale wykrywali w hodowlach wspomniane zarazki. Dzięki nowym metodom badania udało się wykryć różnice między prątkiem twardzieli, a wszystkimi otoczkowcami, jak: prątek ozeny, lasecznik Friedländera, bac. mucosus. Jakkolwiek dotychczas nie udało się na drodze doświadczalnej przeszczepić twardzieli na błony śluzowe zwierząt, to jednakże fakt ten według autorów nie może zachwiać wiary w swoistość zarazka. Wszak do niedawna nie umiano wywołać u żadnego zwierzęcia zmian kiłowych, wszak pasorzyty zimnicy również nie są dla zwierząt szkodliwe, a o zaraźliwości płonicy, odry i wielu innych chorób i o swoistości wykrytych, lub jeszcze nie wykrytych zarazków nikt nie wątpi, pomimo braku przekonujących doświadczeń na zwierzętach. W przekonaniu o swoistości zarazków twardzieli powzięli autorzy zamiar stosowania szczepionki, opierając się na przesłankach następujących: 1) Laseczniki Frischa są przyczyną twardzieli. 2) Cierpienie to zaliczone być powinno do zaraźliwych, czego dowodzą przypadki endemii domowych i terytoryalnych. 3) Choroba należy do bardzo przewlekłych. 4) We krwi chorych zjawiają się ciała swoiste, będące wyrazem pewnego odczynu ustroju i pewnych zjawisk odpornościowych. Wobec tego autorzy doszli do wniosku, iż stosowanie szczepionki swoistej jest uzasadnione i wskazane, gdyż na drodze tej można osiągnąć odporność ogólną i miejscową, która powinna zahamować lub stłumić dalszy rozwój cierpienia, zwiększając siły ochronne ustroju. Leczenie swoiste z natury rzeczy powinno być długotrwałe, przyczem wyrzec się trzeba nadziei usunięcia starych zmian bliznowatych, licząc jedynie na zmniejszenie lub usunięcie zmian świeżych, zapobiegając równocześnie powstawaniu nowych ognisk. Szczepionkę autorzy przygotowali w ten sposób: Z 24-godzinnej czystej hodowli agarowej zarazków z danego przypadku bierze się pewną ilość uszek platynowych normalnych do 10 ctm. wyjałowionego rozczynu soli fizyol., poczem mieszankę ogrzewa się w kąpieli wodnej w ciągu godziny w 60° C. Z przypadków leczonych autowakcyną podają autorzy 4 przypadki świeżej twardzieli ze znakomitą poprawą przedmiotową i podmiotową, (z tych 2 przypadki przedstawione na posiedzeniu), 2 przypadki twardzieli, trwające po kilkanaście lat, bez poprawy, 2 przypadki świeżej twardzieli, pozostające w jeszcze leczeniu, z poprawą i 1 przypadek, spostrzegany przez M. Zbrowskiego, z poprawą. W zakończeniu autorzy podnoszą i społeczną stronę leczenia twardzieli, cierpienia, szerzącego się w sposób zatrważający, a mając na celu walkę z tą zarazą, powtarzają za prof. Juraszem szereg wniosków, dążących do tej walki, oraz dodają swój wniosek, iż należałoby rozpocząć jak najrychlej leczenie swoiste klinicznie stwierdzonych wczesnych przypadków twardzieli i wprowadzić szczepienie uodporniające osób zdrowych jeszcze, lecz zamieszkałych w ogniskach zarazy. Poza przedstawieniem 2 chorych na twardziel, leczonych autowakcyną, pokazali autorzy cały szereg hodowli agarowych lasecznika Frischa, oraz preparaty mikroskopowe.

W dyskusyi a) Karwacki zaznacza, że celem logicznym uodporniania przeciwko pasorzytom twardzieli jest zniszczenie ich w ogniskach. Tylko w tym przypadku można mówić o wyleczeniu. W przeciwnym razie szczepienie staje się również tylko środkiem objawowym, aczkolwiek znacznie skuteczniejszym od wszystkich zabiegów dotychczasowych, jak wynika ze sprawozdania prelegenta. K. zapytuje przeto prelegenta, czy przedsiębrano badania bakteryologiczne w celu stwierdzenia zachowania się pasorzytów po dłuższej seryi szczepień.

b) Srebrny podziela zdanie Karwackiego i zaznacza, że jeśli porównać zmiany chorobowe na początku obserwacyi według opisu prelegenta z tem, co widać obecnie u 2 przedstawionych chorych, to przyznać wypadnie, że

poprawa u obojga jest bardzo wybitna, ale tylko poprawa, o wyleczeniu tu mówić jeszcze nie można. Przedstawiony mężczyzna ma jeszcze wały pod strunami, zwłaszcza pod lewą, kobieta ma bardzo wyraźny naciek lewej struny rzekomej. Z tego powodu uważa Srebrny za przedwczesny wniosek, że autowakcyna zapobiega nawrotom twardzieli, a za jeszcze bardziej przedwczesny drugi wniosek, że autowakcyna zapobiega powstawaniu nowych ognisk twardzielowych.

c) J. Brunner odpowiada Karwackiemu, że w jednym przypadku twardzieli po dłuższem leczeniu swoistem wykrył jednak w tkance rozrostowej laseczniki swoiste. Wyjałowienie tkanki pod wpływem uodpornienia byłoby bardzo pożądane, nie jest jednak warunkiem koniecznym. W durze brzusznym, jak wiadomo, prątki durowe w ciągu bardzo długiego czasu przebywają w ustroju (w jelitach, w żółci) po zupełnym powrocie do zdrowia. B. sądzi, że celem leczenia jest wyleczenie w znaczeniu klinicznem, nie zaś wyjałowienie tkanek. Srebrnemu B. przyznaje, że dla bezwzględnej oceny wartości metody konieczna jest dłuższa obserwacya, sądzi jednak, że otrzymane dotąd wyniki niemniej zasługują na uwagę.

d) Kuligowski wyjaśnia, że przejście komórki okrągłej we wrzecionowatą lub gwiaździstą nie jest sprawą wsteczną, lecz naturalnym biegiem w rozwoju komórki łącznotkankowej, kulki zaś szkliste powstają w miejscu komórek śródbłonkowych.

e) Szmurło, stwierdzając wielką poprawę u przedstawionych chorych, zaznacza, że leczenia tego nie można jeszcze nazwać swoistem, gdyż w krtani u tych chorych istnieją jeszcze zmiany twardzielowe.

f) Karwacki odpowiada Brunnerowi, że pozostawanie pasorzytów w ogniskach wskazuje na prawdopodobieństwo nawrotów. Porównanie chorych twardzielowych po szczepieniach z roznosicielami po durze wydaje się K. niesłusznem.

g) A. Sokołowski podnosi prostotę i łatwość zastosowania nowej metody, a wyniki z jej stosowania nie ustępują, a może przewyższają wyniki innych metod. Co się tyczy trwałości tych wyników, to jedynie przyszłość może coś stanowczego orzec.

h) M. Jakowski zaznacza, że metodzie leczenia twardzieli autowakcyną można z teoretycznego punktu widzenia rokować przyszłość. T. Borzęcki.

## Z 13. Zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla pielęgnowania zdrowia w szkołach i 5. Zjazdu Towarzystwa lekarzy szkolnych niemieckich.

(Wrocław 12—16 maja 1913).

Podał

**Dr Adolf Klęsk.**

1) Steinhaus (Dortmund): **Jakim warunkom ze stanowiska higieny odpowiadać powinny dzieci, rozpoczynające naukę szkolną?** Wzrost ciała powinien wynosić najmniej 110 cm (ze względu na wymiary ławki i oddalenie oka od pulpitu), waga u chłopców 19 kg., u dziewcząt 18 kg., obwód klatki piersiowej 52—54 cm. Dziecko powinno umieć rozróżniać i nazwać barwy typowe. Znaczniejsze zaburzenia mowy skłaniać powinny do wstrzymania nauki dziecka choćby na rok, podobnie wybitna krzywica, zołzy, złe odżywienie, gruźlica, ciężkie cierpienia oczne, ropotok ucha, cierpienia nerwowe, padaczka, pląsawica. Umysłowo słabo, lecz cieleśnie dobrze rozwinięte dzieci nadają się do szkół pomocniczych (Hilfsschule). Dziecko powinno mieć skończony szósty rok życia, a w wyjątkowych przypadkach (najmniej 5 lat i 9 miesięcy) zezwolić może na uczęszczanie tylko lekarz szkolny.

Koreferent Wehrhahn (Hannower) zgadza się z referatem lekarskim pod każdym względem. Kaleki uczą się nieraz znakomicie. Dzieci gorzej słyszące powinny być zbierane i uczone w osobnych oddziałach. Zdanie, że dziecko dopiero w 7. roku życia powinno być oddawane do szkoły, uważa W. za niesłuszne. Szósty rok życia jest zupełnie odpowiedni. Bardzo pożądanem jest, by dzieci uczono odrazu w szkołach, nie prywatnie. Dla dzieci słabowitych powinny być ogródki szkolne, jako przygotowanie do właściwej nauki.

W dyskusyi omawiano minimum wzrostu, miesiąc rozpoczynania nauki szkolnej (proponowano październik), wpływanie na rodziców, by chowali dzieci racyonalnie w wieku przedszkolnym i t. p.

2) Oebbecke (Wrocław). **Zawód siostry szkolnej i jej czynność.** T. zw. siostra szkolna okazała się nieocenioną, jako pomocnica lekarza szkolnego. Dopilnowuje ona poleceń lekarskich, dba o czystość dzieci, pomaga lekarzowi przy badaniach, odwiedza dzieci w domu i poucza rodziców, jak wykonać zlecenia lekarza. Siostra taka powinna mieć dyplom pielęgniarki. Prowadzi ona dziennik, w który wpisuje ważniejsze fakta.

3) Basedow (Hanower). **Opieka szkolna nad dziećmi umysłowo słabo rozwiniętemi po małych miastach i wsiach.** B. przemawia gorąco za urządzaniem zakładów po wsiach i miastach dla wychowywania szkolnego dzieci słabo umysłowo rozwiniętych, a tych po wsiach jest znacznie więcej, niż po miastach (w Niemczech najmniej 100.000). Koszt utrzymania dziecka na wsi wyniósłby 1 do 1·5 marki dziennie, tak, że rodzice przy pomocy gmin mogliby temu podołać, a wynik byłby społecznie ogromny. Jest to sprawa niemniej ważna, niż przytułki dla ciemnych i głuchoniemych, a może i ważniejsza, bo przysporzyć może państwu z czasem tysiące dzielnych obywateli.

3) Lietz (Haubinden). **Znaczenie wiejskich zakładów wychowawczych ze stanowiska higienicznego i pedagogicznego.** Zakłady takie mają za cel kształcić umysłowo młodzież na wsi, dając im równocześnie wychowanie, zastępujące dom rodzinny. Dziecko, prócz nauki, hartuje zdrowie i uczy się pracy w polu, ogrodzie i rękodzieła. Nadto przebywa ciągle z wychowawcą, nabiera do niego zaufania, kształci charakter. Plan nauki musi tu być naturalnie inny, mniej szablonowy, niż w szkołach zwykłych.

Koreferent Sexauer (Godesberg). W zakładach takich dba się przedewszystkiem o higieniczny tryb życia (dyeta więcej roślinna, bezwzględne usunięcie alkoholu i nikotyny), uważa się na sen (otwarte okna), przyczem wychowawca świecić musi przykładem. Nauka odbywa się o ile możności na świeżem powietrzu. Poucza się przytem racyonalnie o życiu płciowem itp. Znakomite usługi oddają te zakłady u dzieci słabowitych i nerwowych. Praca fizyczna o wiele lepiej działa, niż źle nieraz traktowane i przesadzane sporty. W zakładach takich musi naturalnie być stały lekarz.

5) Stephani (Mannheim). **Znaczenie hałasu ulicznego dla szkoły.** S. zwraca uwagę na to, jak wielką przeszkodą w nauce szkolnej jest hałas uliczny, a że ze względu na wentylacyę okna muszą być otwierane, budować należy szkoły tak, by okna sal wychodziły na obszerny dziedziniec.

W dyskusyi Borchardt omawia wentylacyę bez otwierania okien.

6) Brieger (Wrocław). **Głuchota w szkole.** D. omawia przyczyny złego słuchu u dzieci szkolnych, jakoteż znakomite wprost wyniki, osiągane w klasach, ew. szkołach, przeznaczonych do uczenia dzieci głuchych, względnie źle słyszących.

## XIX. Wiec austryackich Izb lekarskich.

Tegoroczny Wiec Izb lekarskich austryackich odbędzie się we Lwowie, 8. grudnia 1913 (w gmachu Izby handlowej i przemysłowej, ul. Akademicka 19).

Na wiec zgłoszono 10 wniosków, których treść jest w skróceniu następująca:

1) Należy wnieść do rządu memoryał z obszernie umotywowanym protestem przeciw ograniczeniu zakresu działalności lekarskiej na korzyść rozmaitych elementów nielekarskich. (Izba wiedeńska).

2) Należy zwołać międzynarodowy Zjazd lekarski w sprawach społecznych i w tym celu utworzyć komitet. (Izba wiedeńska).

3) Wiec wybierze komitet z 3 członków, który zajmie się uzyskaniem u rządu dawno oczekiwanej reformy ustawy o Izbach lekarskich. (Izba wschodnio-gal., referent Dr Papée).

4) Sprawa zmiany regulaminu Wieców i Wydziału wykonawczego. (Wydział wykonawczy, ref. prof. Petrina).

5) Sprawa umów ze Związkiem kas chorych. (Wydział wykonawczy, ref. prof. Finger).

6) Należy podjąć kroki, aby w szpitalach kasy chorych płaciły taksy operacyjne za wykonane u ich członków operacye. (Izba górno-austr. ref. Dr Obermüllner).

7) Należy uprosić rząd o rozporządzenie, aby lekarze, zgłaszający się po doktoracie do władz politycznych, otrzymywali pozwolenie rozpoczęcia praktyki dopiero wtedy, skoro przedstawią dowód, iż już zgłosili się do Izby; od przedstawienia takiegoż dowodu powinno być również zależne nadawanie posad publicznych. (Izba wschodnio-gal., ref. Dr Papée).

8) Sprawa ewidencyi lekarzy, przynależnych do Izb. (Izba dolno-austr.).

9) Należy zwrócić się do rządu, aby jaknajrychlej została uregulowana sprawa kas chorych w porozumieniu z przedstawicielstwem zarównotych kas, jak i lekarzy, i zaprotestować przeciwko orzeczeniu namiestnictwa dolno-austr., jakoby lekarze tej prowincyi w obronie przed kasami chorych przekroczyli granice prawa koalicyi. (Izba dolno-austr.).

10) Należy zwrócić się do rządu o jaknajrychlejsze wypracowanie i przedłożenie parlamentowi (po zasięgnięciu opinii Izb) — ordynacyi lekarskiej. (Izba dolno-austr.).

## XVIII. Zjazd chirurgów polskich.

XVIII. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w terminie wiosennym (Wielkanoc lub Zielone Świątki) 1914 r. bez względu na to, czy w Warszawie, czy w Krakowie; — dokładny termin zostanie wkrótce ogłoszony.

Pertraktacye o pozwolenie na Zjazd w Warszawie niestety i tak już Zjazd o blizko dwa lata opóźniły, a tak dużo bardzo ważnych zagadnień czeka na omówienie.

W przyszłym roku upływa 25 lat od czasu, kiedy się odbył pierwszy nasz Zjazd w Krakowie; rok ten jubileuszowy powinien być specyalnie obfity w prace naukowe.

Zamiarem jest nadto, korzystając z doświadczenia dotychczasowego, przeprowadzić na przyszłym Zjeździe odpowiednie reformy.

Tematy programowe pozostają dotychczas ustalone: 1) Leczenie złamań kości. 2) Zapalenie otrzewnej. 3) O operowaniu guzów kiszki grubej.

Sekretarz: M. W. Herman. Prezes: L. Rydygier.

## W sprawie mandatów lekarskich w Sejmie.

Ze spodziewanem w ciągu dni kilku rozstrzygnięciem sprawy sejmowej reformy wyborczej łączy się spełnienie postulatu najszerszych kół lekarskich w Galicyi, by obu Izbom lekarskim przyznane zostało prawo wysyłania do Sejmu po jednym pośle. Rozumiejąc doniosłość chwili dla losów swego postulatu, uczyniły koła lekarskie wszystko, co do nich należało. Izby lekarskie, Związek lekarzy i Towarzystwa lekarskie przedstawiły w ostatnich tygodniach raz jeszcze postulat ten i jego motywa kołom poselskim i władzom krajowym, zwracając się przedewszystkiem do tych, w których ręku skupia się cała akcya w sprawie reformy wyborczej, wysyłając deputacye i wręczając memoryały JE. Namiestnikowi i przywódcom stronnictw sejmowych.

Podobnie, jak w okresie ostatnich wyborów sejmowych postulat lekarskich mandatów sejmowych spotkał się ze zrozumieniem wśród najświatlejszych posłów i z przyrzeczeniem z ich strony, że postulat ten będą popierać, taksamo i w ostatnich tygodniach podjęte kroki reprezentacyi świata lekarskiego trafiły w naczelnych kołach politycznych na atmosferę, wogóle biorąc, życzliwą. Niemniej, pomimo że przychylne stanowisko prasy codziennej spopularyzowało już zasadniczą myśl postulatu, to jednak opinia ogółu i część szerszych sfer poselskich niezupełnie jeszcze, jak się zdaje, zdała sobie sprawę z motywów i formy postulatu.

Nie od rzeczy więc będzie przypomnieć, że koła lekarskie w kraju nie biorą mandatów sejmowych dla Izb lekarskich ani w znaczeniu krzeseł wirylnych, ani w znaczeniu reprezentacyi zawodowej. Wszak cała zasadnicza idea reformy wyborczej nie godzi się z dalszem mnożeniem krzeseł wirylnych w dotychczasowem tego słowa znaczeniu, wobec czego przecież i lekarze nie mogą ich żądać. Izby lekarskie miałyby zatem obsadzać krzesła poselskie nie tak, jak n. p. uniwersytety, ale tak, jak n. p. Izby handlowe, wybierając osobistości, najlepiej do pracy sejmowej się nadające i najbardziej do zadania swego uzdatnione. Ale pomimo podobnej formy obsadzania, nie miałyby mandaty lekarskie nic wspólnego z charakterem reprezentacyi zawodowej, jaki mają mandaty Izb handlowych, nie byłyby przedstawicielstwem stanu. Istotą tych, tak zwanych »lekarskich« mandatów byłoby przedstawicielstwo interesów sanitarnych i społeczno-higienicznych ogółu ludności, interesów niezmiernie ważnych w gospodarce krajowej, wymagających koniecznie fachowego znawstwa i bezstronnej, od wpływów politycznych niezawisłej opieki. I to byłoby zadaniem owych posłów-lekarzy; stan lekarski niema takich własnych interesów, dla którychby miał się dobijać o zawodową reprezentacyę w Sejmie. Toteż owe tak zwane »lekarskie« mandaty nie mogą być porównywane z żadną »kuryą zawodową« i wcale nie stwarzają precedensu dla jakichkolwiek kuryi tego rodzaju; nie powinny też być traktowane na równi z postulatami którejkolwiek z grup społecznych, domagającej się zawodowego przestawicielstwa, lecz z odrębnego stanowiska, pod kątem widzenia potrzeb ogólno-społecznych i dobra całej ludności.

Koła lekarskie w całym kraju żywią nadzieję, że słuszny ich i z szerszego stanowiska wychodzący postulat zostanie uwzględniony, i nie wątpią, że w obecnej decydującej chwili znajdą poparcie wszystkich tych czynników politycznych, które patrzą nietylko na najbliższe jutro, ale i w dalszą przyszłość.

C.

## Z postępów szpitalnictwa w Królestwie Polskiem.

W Królestwie Polskiem odbywa się charakterystyczne zjawisko: po wieloletnim okresie zastoju, a nawet cofania się, powstaje naraz w ostatnich kilku latach w różnych punktach kraju szereg nowych, nieraz pierwszorzędnych zakładów szpitalnych. Z niewielu wyjątkami są to fundacye prywatne, tworzone przez ofiarne jednostki lub rodziny.

Wytłómaczenie tego szczególnego zjawiska nie jest trudne. Zastój w rozwoju szpitalnictwa był naturalnym wynikiem jego zagarnięcia przez czynniki urzędowe, złej gospodarki i wkraczających nawet tutaj działań rusyfikacyjnych. Za tem poszło, że społeczeństwo, najzupełniej tracąc zaufanie do administracyi szpitalnictwa, zupełnie odeń odwróciło swą ofiarność; doszło w końcu do tego, że niejeden szpital o świetnej przeszłości doczekał się nietylko upadku, ale zupełnego zamknięcia. Skoro tylko zaś przez zapowiedź samorządu, przez objęcie szpitali warszawskich w zarząd miasta, obudziły się nadzieje, że w szpitalnictwie powróci społeczeństwo do wpływów i będzie w niem mogło przywrócić ład i prawidłową gospodarkę, zaraz też objawiła się na nowo i energiczna samopomoc i podziwu godna fala ofiarności, która, natrafiając właśnie wtedy na przeszkody w dziale oświatowym, tem rychlej skierowała się w łożysko humanitaryzmu.

Naczelne miejsce w tym ruchu dostało się szpitalom dziecięcym, których liczby i jakości mogą teraz Królestwu inne dzielnice polskie pozazdrościć; jednakże i w innych działach nie brak poważnych nabytków, jak w zakresie zakładów dla umysłowo i nerwowo chorych (Drewnica, Karolin, rozwój Kochanówki), sanatoryów przeciwgruźliczych (Rudka, Leśniczówka). Wśród szpitali dziecięcych zapowiedzią niejako tego okresu było stworzenie szpitala Anny-Maryi w Łodzi, za czem poszedł szpital fundacyi Vetterów w Lublinie, fundacya hr. Ożarowskiej w Radomiu i najwspanialszy, świeżo otwarty szpital im. Karola i Maryi w Warszawie, ufundowany przez p. Zofię Szlenkierównę, która ofiarowała na ten cel cały swój majątek.

Budowa szpitala im. Karola i Maryi w Warszawie trwała dwa lata. Szpital składa się z 9 pawilonów, rozmieszczonych na placu o powierzchni 35.000 łokci kwadratowych o dwu frontach: jeden od ul. Leszno, drugi od ul. Żytniej.

Na terytoryum szpitala mieszczą się: Mały budynek piętrowy

(parter — mieszkanie portyera, pierwsze piętro — mieszkanie jednego z lekarzy miejscowych), za którym stanęło ambulatoryum dla chorych przychodzących. Każde dziecko ulega przedewszystkiem w »sortowni chorych« przedwstępnemu badaniu co do chorób zakaźnych. W razie stwierdzenia choroby zakaźnej, dziecko umieszcza się w jednej z 5 separatek, gdzie lekarz udziela mu porady, następnie innem wyjściem dziecko wypuszcza się na ulicę. Dzieci z chorobami niezakaźnemi kieruje się do obszernej, widnej poczekalni, skąd przechodzą do rozbieralni i zawinięte w czyste prześcieradło, przenoszone są do gabinetów lekarskich, przeznaczonych do badania dzieci. Takich gabinetów jest 4: dwa dla chorób wewnętrznych i nerwowych, jeden dla chorych na gardło, nos, uszy i oczy i jeden dla chorych chirurgicznych. Prócz tego urządzono w tymże gmachu salę operacyjną, salkę do opatrunków gipsowych i pomieszczenie sterylizacyjne. Po udzieleniu porady dziecko wraca do ubieralni i nie przechodząc przez wspólną poczekalnię, wychodzi na ulicę. W tymże gmachu mieści się instytut ortopedyczny, kancelarya, gabinety lekarza naczelnego i kuratorki, oraz biblioteka i czytelnia lekarska. Za ambulatoryum stoi obszerny gmach w postaci litery H, w którym połowę przeznaczono na oddział chirurgiczny z salami opatrunkowemi, operacyjnemi, z salą sterylizacyjną i z gabinetem rentgenowskim. W drugiej połowie mieszczą się: oddział wewnętrzny, gruźliczy, oddział zakażeń jelitowych i duża główna pracownia szpitalna, zaopatrzona we wszystkie przyrządy do badań chemicznych, mikroskopowych i bakteryologicznych. Prócz tego w każdym pawilonie urządzono małą pracownię oddziałową. Na piętrze tego gmachu jest oddział dla niemowląt wraz z kuchnią mleczną. Dalej w głębi stoi piętrowy gmach gospodarczy, w którym mieści się kotłownia, kuchnia, pralnia, maglarnia, prasowalnia, skład bielizny, pokoje stołowe dla służby i dozorczyń i salonik dla dozorczyń, na piętrze mieszkania dla dwu lekarzy miejscowych, oddzielne pokoje dla każdej z dozorczyń, w mansardach zaś 4 obszerne, widne pokoje dla służby. Za gmachem gospodarczym znajduje się pawilon obserwacyjny, składający się z oddzielnych pokojów-cel. Każda celka przeznaczona jest tylko dla jednego dziecka i ma oddzielne wejście i wyjście. W takiej celce dziecko przebywa aż do ustalenia rozpoznania; następnie przenosi się je na odpowiedni oddział. Za tym pawilonem jest pawilon zapasowy, przeznaczony głównie dla leczenia błonicy i obszerny pawilon płoniczy, w którym prócz ogólnej sali są oddzielne pokoje z oddzielnemi wejściami i wyjściami, przeznaczone dla leczenia dzieci z pensyonatów męskich i żeńskich. Od ul. Żytniej wybudowano kamerę dezynfekcyjną i kaplicę, a na uboczu, wprost gmachu gospodarczego, pomieszczenie dla zwierząt doświadczalnych i mieszkanie dla stróżów.

We wszystkich pawilonach zastosowano wszelkie najnowsze urządzenia. Przedewszystkiem, po raz pierwszy u nas, wzorem francuskich szpitali dziecięcych, wprowadzono system »boksowy« — celkowy. Przy pawilonach są urządzone tarasy do wyprowadzania dzieci na powietrze przy sprzyjającej pogodzie; wewnątrz pawilonów urządzono osobne salki dla ozdrowieńców. Plantacye okalają wszystkie budynki. W pawilonach zaprowadzono centralne ogrzewanie wodne, kanalizacyę połączoną z siecią miejską, oświetlenie elektryczne i gaz, głównie do celów laboratoryjnych i sterylizacyi. Wszystkie roboty wykonano siłami miejscowemi.

Pielęgnowanie chorych w szpitalu powierzono 14 dozorczyniom świeckim. Wszystkie są wykwalifikowane w zawodzie i większość ich odbyła praktykę w szpitalach zagranicznych. Pracę pielęgniarek, zarówno dziennych, jak nocnych, zorganizowano na sposób angielski. Prócz ordynatorów szpitala i asystentów przychodnich utworzono 3 posady lekarzy miejscowych (internów), którzy mieszkają w szpitalu, nie mają prawa zajmować się praktyką lekarską na mieście i obowiązani są cały swój czas i pracę poświęcać szpitalowi. Całą administracyę poddano władzy lekarza naczelnego i jego pomocnika.

Wykończony i w powyższy sposób zorganizowany szpital fundatorka ofiarowała miastu. Do bezpośredniego zarządu szpitala powołano komitet z pośród obywateli miasta, pod przewodnictwem fundatorki szpitala, jako dożywotniej kuratorki; do komitetu tego należy także lekarz naczelny, Dr Józef Brudziński.

Na skromniejsze rozmiary, ale według podobnych nowoczesnych zasad, stanął szpital dla dzieci w Lublinie, dziś mający już za sobą trzechletnią prawie działalność. Lekarz naczelny tego szpitala, Dr Wacław Jasiński, ogłosił opis ogólny i pierwsze sprawozdanie w »Przeglądzie pedyatrycznym« i w osobnej broszurze, obecnie zaś wydał drugie sprawozdanie (za r. 1912). Szpital, wykończony w r. 1911, składał się z początku z dwu dużych pawilonów, stojących na placu o powierzchni 9914 łokci kw. W gmachu głównym znajdują się na parterze w jednem skrzydle ambulatoryum (złożone z 6 pokojów) i kancelarya, w drugiem — apteka, jadalnia dozorczyń i oddziałek obserwacyjny z osobnem wejściem. Między ambulatoryum, a pomieszczeniem dla stałych chorych szpitalnych niema żadnej łączności. W ambulatoryum zaraz na wstępie oddziela się przypadki, podejrzane co do choroby zakaźnej, i te dzieci dostają się do jednego z 3 pokojów izolacyjnych, inne zaś dzieci dostają się do wspólnej poczekalni i do ogólnego pokoju ordynacyjnego. Oddziałek obserwacyjny zużytkowano w pierwszym roku na pomieszczenie chorych na błonicę. Na piętrze gmachu znajduje się obszerny korytarz (20,5 × 3,2 m), służący za salę dzienną; na jego końcach duże sale, jedna na 16, druga na 12 łóżeczek, każda połączona z osobną dużą werandą; jedną z tych sal oddano dla przypadków chirurgicznych (zrazu nie miało być w szpitalu oddziału chirurgicznego), urządzając obok pokój opatrunkowy. Oprócz obu dużych sal chorych znajdują się na piętrze 2 separatki. W suterenach gmachu pomieszczono urządzenia gospodarcze, w mansardach mieszkania dozorczyń. Drugi pawilon, przeznaczony zrazu cały dla przypadków płonicy, parterowy, zawiera w środku salę ogólną na 20 łóżek, w skrzydłach, zbudowanych systemem korytarzowym, 4 separatki po 2 łóżka, salkę operacyjną, kuchenkę oddziałową, osobną salkę dla ozdrowieńców. W obu pawilonach znajdują się w odpowiedniej liczbie łazienki i t. d., w dziale gospodarczym są osobne ubikacye na kuchnię, spiżarnię, zmywalnię, jadalnię dla służby, łazienkę, pralnię, prasowalnię, suszarnię, składy bielizny i t. d.

Szpital ma zupełnie nowoczesne urządzenia, wodę z wodociągu miejskiego, kanalizacyę odprowadzoną do oczyszczalni biologicznej, obsługującej zarazem położony naprzeciw ogólny szpital św. Wincentego, sztuczną wentylacyę. Ogrzewanie odbywa się zapomocą pieców kaflowych.

Pielęgnowanie chorych powierzono Siostrom Miłosierdzia, z których 3 pracują na oddziałach z pomocą 6 służących. Personal lekarski składa się z 3 ordynatorów płatnych, z których jeden prowadzi oddział chirurgiczny, drugi zakaźny; trzecim jest lekarz naczelny. Oprócz tego pracuje w szpitalu 1 asystent ekstern. Stałego lekarza domowego szpital nie posiada.

W pierwszym roku (a raczej 9 miesiącach) udzielono w ambulatoryum szpitalnem 3786 porad 2083 dzieciom, chorych zaś stałych leczono 289. Działalność szpitala w tym czasie przedstawił lekarz naczelny w osobnem, starannie opracowanem sprawozdaniu. Równie staranne jest wydane niedawno w osobnej broszurze sprawozdanie z drugiego roku działalności (1912), w którym w ambulatoryum udzielono 5739 porad 3319 dzieciom, a chorych stałych leczono 598 przez 14396 dni. Koszt jednego dnia szpitalnego wynosił w pierwszym roku 90 kop., w drugim 82,5 kop. Opłaty, wnoszone przez chorych, pokrywały 44% wydatku dziennego.

Szybki wzrost zaufania wśród ludności i — co za tem idzie — znaczny wzrost ruchu chorych w szpitalu, wywołał już w drugim roku jego działalności konieczność zwiększenia liczby łóżek o 10 i pewnych zmian w pierwotnem przeznaczeniu pawilonów. Mianowicie musiano oddać wszystkie sale I piętra w pawilonie głównym oddziałowi chirurgicznemu, a oddział wewnętrzny pomieścić pod jednym dachem z (uszczuplonym) oddziałem płoniczym, oczywiście przecinając zupełnie połączenie między nimi. Doświadczenie dowiodło, że — zgodnie ze zdaniem Pirqueta — takie pomieszczenie w jednym gmachu przy zupełnem odcięciu obu oddziałów nie grozi niebezpieczeństwem zakażeń wewnątrzszpitalnych. (Zresztą szpital zamierza przystąpić do budowy nowego osobnego pawilonu dla płoniczych, na co już ma 10.000 rb.). Wreszcie — za fundusz rezerwowy — zakupiono pod Lublinem posiadłość celem utworzenia stacyi dla ozdrowieńców, jakiej chyba żaden jeszcze szpital dziecięcy w Polsce nie posiada.

Skoro jeszcze otwarty zostanie szpital dziecięcy fundacyi hr. Ożarowskiej w Radomiu, wówczas na polu szpitalnictwa pedyatrycznego Królestwo znacznie wyprzedzi Galicyę.

W jednym jeszcze względzie musimy Królestwu zazdrościć. Oto pochlubić się ono może tem, że prywatnymi środkami i prywatną inicyatywą zdobywa się na doskonałe sprawozdania z całego szeregu szpitali, gdy u nas pomimo wieloletnich przedstawień Krajowej Rady zdrowia, pomimo niejednokrotnych wniosków poselskich w Sejmie, pomimo ustawicznych nawoływań prasy i opinii kół lekarskich, nie mogły się publiczne czynniki i fundusze zdobyć na wznowienie sprawozdań szpitalnych, chociaż dziś całe szpitalnictwo galicyjskie, złączone w całość, stanowi ogromną, kilkomilionową rubrykę gospodarki sejmowej. Ścisły obraz działania naszych szpitali i należytą nad

niem kontrolę publiczną, która w tej, jak w każdej innej sprawie publicznej, jest pierwszorzędnym czynnikiem postępu, mogą dać tylko dokładne sprawozdania lekarskie. Jedynie też takie sprawozdania pozwalają dokładnie oszacować rozwój i potrzeby każdego poszczególnego szpitala, tak, jak je np. można ściśle ocenić z ukazujących się od lat kilkunastu dorocznych sprawozdań szpitala starozakonnych im. małż. Poznańskich w Łodzi. Właśnie mamy w ręku takie szczegółowo zestawione sprawozdanie tego szpitala za r. 1912, liczącego 116 łóżek stałych, (na których leczono 1736 chorych), a więc równającego się tylko średniemu szpitalowi prowincyonalnemu galicyjskiemu. U nas tymczasem nietylko ze średnich, ale nawet z większych i z obu największych stołecznych szpitali brak dokładnych sprawozdań lekarskich już od lat kilkunastu.

C.

## Obchód jubileuszowy Dr Mikołaja Rejchmana.

Czterdziestolecie pracy jednego z najzasłużeńszych tegorocznych Jubilatów, Dr Mikołaja Rejchmana, obchodzono uroczyście w Warszawie 15. b. m.

Obchód rozpoczął wiceprezes Sekcyi gastrologicznej Tow. lek. warsz., Dr Józef Zawadzki, serdecznem przemówieniem i wręczył Jubilatowi pamiątkowy zeszyt »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, zawierający 15 prac naukowych członków Sekcyi.

Nastąpiły potem przemówienia od warszawskiego Towarzystwa lekarskiego (prezes Dr Pawiński), od łódzkiego Tow. lek. (Dr Maybaum), od Tow. laryngologów (Dr Srebrny), od Tow. higienicznego (Dr Bączkiewicz), od Komitetu badań raka (Dr Jaworski), od warsz. Stowarzyszenia lekarzy (Dr Wisłocki), od redakcyi »Gazety lekarskiej« (Dr Starkiewicz), od redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej« (Dr Srebrny), od dawnych asystentów (Dr Grundzach), od byłych słuchaczy (Dr K. Sierpiński), od asystentów (Dr Weinert) oraz od przyjaciół (Dr A. Sokołowski).

Odczytano piękny list Czcigodnego prof. Dr Baranowskiego, w którego klinice rozpoczynał Dr Rejchman pierwsze kroki na niwie naukowej, a następnie pisma i depesze gratulacyjne od Wszechnicy Jagiellońskiej i lwowskiej, od Tow. naukowego warszawskiego, od Tow. internistów polskich, od Tow. lekarskich galicyjskiego, krakowskiego, lwowskiego, kijowskiego, wileńskiego, dąbrowskiego, płockiego, kieleckiego, radomskiego, od redakcyi »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego« i »Nowin lekarskich« oraz od kilkuset lekarzy, pacyentów i przyjaciół Jubilata.

Dziękując za życzenia, zaznaczył Jubilat w gorących słowach, iż przewodnią myślą w ciągu długoletniej jego pracy były zasady, wyniesione ze Szkoły głównej i że główną myślą tej pracy było wysokie poszanowanie nauki polskiej.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 19. XI. b. r. posiedzenie, na którem prezes poświęcił słowa wspomnienia ś. p. Dr Wilkoszowi. Na wniosek prof. Bujwida uchwalono wnieść do Prezydyum miasta pismo w sprawie czyszczenia ulic. Następnie prof. Dr Godlewski wygłosił wykład: »Nowsze wyniki badań nad podnietą rozwojową«. W dyskusyi przemawiali: prof. Rosner, Kostanecki, Cybulski, Ciechanowski i Gliński.

— Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem ogłosiło sprawozdanie za r. 1912/13. Był to rok dla Towarzystwa bardzo krytyczny, gdyż z dawnego Zarządu ustąpiły osoby, na których pracy głównie opierała się instytucya: Dr Żychoń i Dr Kuczewscy. Z ich zasłużonych rąk otrzymał nowy Zarząd z Dr Dłuskim na czele instytucyę w pełnym rozkwicie, ale z ciążącym jeszcze znacznym długiem budowlanym, 83.000 kor., który tem groźniej zaciążył na Towarzystwie, że właśnie nastawał okres znanych trudności finansowych w całym kraju. Znaleźli się jednak na szczęście ludzie dobrej woli, którzy Towarzystwu pospieszyli z pomocą: pp. Grohmannowie ufundowali stypendya dla chorych, leczących się w »Domu zdrowia«, umieszczając kapitał fundacyi, 25.000 k.. na hipotece »Domu zdrowia«, a Bank krajowy mimo trudnych stosunków nie odmówił Towarzystwu poparcia i udzielił mu 45,000 kor. pożyczki. W ten sposób uratowano »Dom zdrowia« z krytycznego położenia. Niemniej potrzebuje on i nadal usilnego poparcia, gdyż wspomniana pomoc nie wystarcza jeszcze na pokrycie wszystkich zobowiązań, a wydatki na utrzymanie chorych pomimo podniesienia opłaty na 4 K dziennie i zaprowadzenia oszczędności są wobec teraźniejszej drożyzny tak znaczne, że Towarzystwo dopłaca do utrzymania chorych kwotę poważną i pracuje z deficytem 15,000 K za rok ostatni. Bilans Towarzystwa zamyka się cyfrą 241.119 K (w tem wartość nieruchomości 141.390 K), rachunek strat i zysków cyfrą 95.073 K.

Przyjęto do »Domu Zdrowia« w r. 1912/13 — 173 osoby, niestety ledwo połowę zgłaszających się, bo na więcej niema miejsca i środków, — a i z tych 173 faktycznie leczyło się w Zakładzie tylko 123, reszta — 50, czekać musi, aż się miejsce w Zakładzie uwolni. Wśród leczących się było z zaboru austryackiego 68·2%, z rosyjskiego 30·6%, z pruskiego i z Paryża 1·2%. Dwie trzecie było studentów szkół wyższych, reszta, — uczniowie szkół średnich. Ze starannego sprawozdania lekarskiego, opracowanego przez dyrektora Zakładu Dra E. Brzezińskiego i asystenta Dra W. Umiastowskiego, przytoczymy zestawienie końcowe, według którego uzyskano wyraźną poprawę i zdolność do pracy u 34·4%, poprawę i względną zdolność do pracy u 55·6% chorych; stan nie zmienił się u 6·4%, reszta przypada na pogorszenia.

Polecamy gorąco »Dom zdrowia« pamięci i poparciu lekarzy polskich.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Dr Władysławowi Zahorskiemu z Wilna za książki ofiarowane Bibliotece Towarzystwa. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Na porządku dziennym posiedzenia Krajowej Rady zdrowia w d. 15. XI. b. r. we Lwowie znajdowały się sprawy następujące: Wydawanie kąpieli w Krynicy wyłącznie na ordynacyę lekarską, taksa leczenia dzieci w szpitalach powszechnych, podwyższenie taksy leczenia w szpitalach w Brzeżanach, Czortkowie, Gorlicach, Jaśle, Krośnie i Żółkwi.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Edward Jakimowicz, rodem z Warszawy.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 9. XI. do 15. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca 5 † — (— † —), ospy wietrznej —, płonicy 9 † 1 (4 † 1), odry 32 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —), czerwonki 1, róży 4 † 2, tężca (2 † 1), zapal. opon mózg.-rdzen. — † 1.
Dr Janiszewski.

**Warszawa.** Wiceprezesem Towarzystwa naukowego warszawskiego wybrany został prof. Dr Leon Kryński.

— Otrzymujemy następującą odezwę: »Przy bibliotece Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego zbierane są w oddzielną grupę dzieła, broszury i czasopisma z działu dentystyki i stomatologii wogóle. Pożądanem byłoby, aby w tym zbiorze znalazły się wszystkie drukowane prace polskie z tej dziedziny. Uprasza się Szanownych Kolegów o łaskawe nadsyłanie swych prac (odbitek) na ręce Dra Leonarda Leszczyńskiego, Warszawa Trębacka 4. Pisma lekarskie polskie uprasza się o powtórzenie tej odezwy«.

**Choroby zakaźne w Łodzi.** Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. XI. do 17. XI. 1913 przypadków: ospy 7 † 2, płonicy 6 † 2. Dr Trenkner.

**Z różnych stron.** Dr Rachela Hirsch, asystentka II kliniki lekarskiej w Berlinie, otrzymała tytuł profesorski. Jestto pierwsza lekarka, której w Niemczech nadano taki tytuł; z przyrodniczek niemieckich otrzymały go dotąd hr. Linden i Dr Lydia Rabinowitsch-Kempner.

**Mianowani** w nowo otwartym szpitalu dziecięcym im. Szlenkierów w Warszawie, kierowanym przez Dr J. Brudzińskiego: pomocnikiem lekarza naczelnego Dr Schoenaich, b. lekarz naczelny szpitala Anny-Maryi w Łodzi, ordynatorami: Dr W. Łapiński i T. Kopeć, pomocnikiem ordynatora Dr Łyskawiński, kierownikiem pracowni Dr K. Jonscher, asystentami Dr Bukowska, Celichowska, Przedpełska, Wiśniewski i Erlichówna, konsultantami Dr Pieniążek, Koelichen, Matuszewiczówna, Paschalisówna.

Profesorami zwyczajnymi mianowani: ginekolog prof. Pitha w czeskim uniwersytecie w Pradze, farmakolog prof. Herzig w Wiedniu.

**Zmarli:** Dr Aleksander Wilkosz, emer. naczelny lekarz miejski, w Krakowie w 66 r. ż.; bakteryolog prof. Trautmann w Hamburgu; chirurg prof. Reczey w Peszcie; psychiatra prof. Schuchardt w Rostocku.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się **we środę d. 26. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Kadera: W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Phenacodin.** Dr Ernst Hellmer, Wiedeń. (Österr. Aerzte-Ztg. 1913, Nr 2). Nerwowe bóle głowy, przy których wykluczone leczenie przyczynowe, usuwa według doświadczeń autora najlepiej phenacodin. Także przy migrenie, bólach głowy na innem tle, przy nerwobólach, bólach żołądkowych i nerwowych stanach podniecenia spostrzegał H. działanie uspokajające. Stosował zwykle 1 kołaczyk, a w razie niedość wyraźnego skutku po 2—3 godzinach drugi. Ll. W.